

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 87

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS SOLIDES DU CORDON SPERMATIQUE
et en particulier du myxo-sarcome

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 7 Février 1908

PAR

Aimé FONTENEAU

ANCIEN INTERNE DE L'HÔPITAL DE SAINT-NAZAIRE

Né à Carquefou (Loire-Inférieure), le 4 février 1878.

Examineurs de la Thèse	{	MM. POUSSON,	profes ^r adjoint. <i>Président.</i>	{	<i>Juges.</i>
		VILLAR,	professeur.....		
		BÉGOUIN,	agrégé.....		
		MONGOUR,	agrégé.....		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
Y. CADORET, IMPRIMEUR DE L'UNIVERSITÉ

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1908

UNIVERSITY OF CALIFORNIA

LIBRARY





Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 87

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS SOLIDES DU CORDON SPERMATIQUE
et en particulier du myxo-sarcome

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

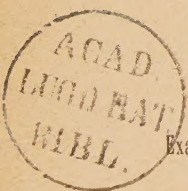
présentée et soutenue publiquement le 7 Février 1908

PAR

Aimé FONTENEAU

ANCIEN INTERNE DE L'HÔPITAL DE SAINT-NAZAIRE

Né à Carquefou (Loire-Inférieure), le 4 février 1878.



Examineurs de la Thèse

{	MM. POUSSON,	profes ^r adjoint.	<i>Président.</i>
	VILLAR,	professeur.....	{
	BÉGOUIN,	agrégé.....	
	MONGOUR,	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
Y. CADORET, IMPRIMEUR DE L'UNIVERSITÉ
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DE NABIAS... Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DUPUY..... } Professeurs honoraires.		MM.	
MASSE..... }			
MM.			
Clinique interne.....	{ PICOT.	Physique biologique et élec-	
	{ PITRES.	tricité médicale.....	BERGONIÉ.
Clinique externe.....	{ DEMONS.	Chimie.....	BLAREZ.
	{ LANELONGUE.	Histoire naturelle.....	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeu-		Pharmacie.....	DUPOUY.
tique générales.....	VERGELY.	Matière médicale.....	DE NABIAS.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.	Médecine expérimentale...	FERRÉ.
Médecine opératoire...	VILLAR.	Clinique ophtalmologique..	BADAL.
Clinique d'accouchem ^{ts} .	LEFOUR.	Clinique chirurgicale infan-	
Anatomie pathologique.	COYNE.	tile et orthopédie.....	DENUCE.
Anatomie.....	GENTES (chargé)	Clinique gynécologique....	BOURSIER.
Anatomie générale et		Clinique médicale des mala-	
histologie.....	VIAULT.	dies des enfants.....	MOUSSOUS.
Physiologie.....	JOLYET.	Chimie biologique.....	DENIGES.
Hygiène.....	LAYET.	Physique pharmaceutique..	SIGALAS.
Médecine légale.....	L. LANDE.	Pathologie exotique.....	LE DANTEC.

PROFESSEURS-ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.....	MOURE.
Clinique des maladies mentales.....	RÉGIS

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. MONGOUR.		MM. VERGER.		M. CRUCHET.
CABANNES.		ABADIE.		

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe..	{ MM. BÉGOUIN.	Accouchements....	{ MM. ANDÉRODIAS.
	{ VENOT.		{ PERY.
	{ GUYOT.		

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie.....	{ MM. GENTES.	Histoire naturelle.....	{ MM. BEILLE
	{ CAVALIÉ.		{ MANDOUL.
Physiologie.....	GAUTRELET.		

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie.....	M. BENECH.		Pharmacie.....	{ MM. BARTHE.
				{ LABAT.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	MM. RONDOT.
Accouchements.....	PERY.
Physiologie.....	GAUTRELET.
Ophtalmologie.....	LAGRANGE.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je les prie de recevoir la dédicace première
de ce travail comme un hommage de filiale
gratitude pour tous les sacrifices qu'ils se
sont imposés en ma faveur.

A MA FIANCÉE

Faible témoignage d'une profonde reconnais-
sance.

A MES FRÈRES ET SOEUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MESSIEURS LES PROFESSEURS

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE DOCTEUR POUSSON

*Professeur adjoint à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chargé du Cours de clinique des maladies des voies urinaires,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Officier de l'Instruction publique.*

Témoignage de vive gratitude pour l'amabilité
avec laquelle il nous a reçu et les encoura-
gements qu'il nous a prodigués.

AVANT-PROPOS

Au commencement de l'année, nous avons eu l'heureuse occasion d'observer un cas de tumeur mixte du cordon spermatique chez un malade de la salle 12, service de M. le D^r Rivet, chirurgien des hôpitaux. Notre maître attira notre attention sur la rareté de pareilles tumeurs considérées comme exceptionnelles en cette région.

Il nous a paru intéressant de faire des recherches bibliographiques sur ce cas véritablement curieux et nous avons résolu d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Mais, avant d'aller plus loin, c'est avec une joie profonde que nous nous conformerons à un pieux usage, celui de remercier ceux qui nous ont guidé dans nos études médicales : MM. les Professeurs de l'Ecole de médecine de Nantes, MM. les Médecins et Chirurgiens de l'Hôtel-Dieu, qui furent pour nous des maîtres aussi bienveillants que dévoués. Que notre excellent maître, M. le D^r Rivet, chirurgien des hôpitaux, qui nous a conseillé ce sujet, reçoive ici le témoignage de notre plus vive gratitude pour les conseils qu'il nous a prodigués pendant l'élaboration de notre travail. Nous sommes heureux de pouvoir lui dire ici que tout ce qu'il a fait pour nous restera toujours gravé dans notre souvenir.

M. le D^r Villard, dont nous sommes fier d'être le confrère et l'ami, nous a toujours aidé de ses conseils. C'est à sa précieuse collaboration que nous devons l'examen histologique de la tumeur qui forme le fond de notre modeste travail.

Nous prions MM. les professeurs Malherbe et Vignard de

croire à toute notre gratitude, car c'est près d'eux que nous avons fait notre première éducation chirurgicale.

M. le professeur Amédée Monnier, dont nous avons suivi les leçons intéressantes, a droit à notre reconnaissance.

M. le professeur Guillemet fut toujours pour nous le plus accueillant des maîtres.

Que MM. les D^{rs} Ollive, Aubry, Emile Bureau, Maurice Bureau, Louis Bureau, Urbain Monnier, soient assurés de notre profonde reconnaissance pour les nombreux services qu'ils nous ont rendus.

Nous prions M. le professeur Pousson de recevoir l'assurance de notre gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

EXPOSÉ DU SUJET ET DIVISIONS

Ayant observé à l'hôpital de Nantes, dans le service de M. le D^r Rivet, un cas de tumeur solide du cordon spermatique, j'ai profité de cette occasion pour faire des recherches bibliographiques sur ce sujet intéressant. J'ai été frappé de la rareté des faits publiés et de la brièveté des descriptions pathologiques.

Aussi ai-je pensé qu'il serait utile de grouper les observations et documents relatifs à cette question et d'en faire l'analyse. Tels sont l'occasion et l'objet de ce travail.

Sans être d'une extrême rareté, les néoplasmes du cordon ne sont pas d'observation journalière en clinique. Les rares observations que nous avons glanées dans la littérature médicale sont souvent incomplètes, se bornant à une simple mention, avec un diagnostic à qui fait défaut un examen histologique minutieux.

Le perfectionnement des études microscopiques a jeté un jour tout nouveau sur les faits anciens trop souvent obscurs et nos idées sur les tumeurs ont subi de profondes modifications, à ce point que nous hésitons souvent à conserver l'étiquette placée sur des observations de date ancienne. Sous la dénomination de tumeurs solides du cordon spermatique, nous aurons en vue seulement les tumeurs primitives de cette région à l'exclusion de celles qui sont de simples propagations d'une néoplasie de voisinage (testicule ou scrotum). L'expression de tumeur est ici prise dans son sens le plus restreint. Nous n'envisagerons les autres néoplasies que pour en faire le diagnostic différentiel.

Les tumeurs solides du cordon spermatique sont primitives quand elles prennent naissance dans l'un des éléments consti-

tuants du cordon ; elles sont consécutives, secondaires quand elles résultent de l'extension d'une tumeur du testicule, de l'épididyme et des diverses tuniques du scrotum, ou enfin sont des tumeurs de récurrence quand elles se montrent après ablation des néoplasmes de la seconde classe.

Formé par les vaisseaux et nerfs qui se rendent au testicule ou qui en sortent, par le canal déférent et le tissu cellulaire qui englobe tous ces organes, le cordon spermatique se trouve recouvert immédiatement par la tunique fibreuse commune qui lui constitue un véritable étui depuis son origine au niveau du testicule partie supéro-antérieure jusqu'à sa terminaison à l'orifice profond du canal inguinal.

Nous considérerons les tumeurs nées dans cette région comme appartenant au cordon. Au-dessus de cette enveloppe fibreuse s'étagent les autres tuniques des bourses, crémaster, tunique externe, dartos et peau. Nous considérons les tumeurs qui prennent naissance dans ces éléments comme tumeurs du scrotum.

Nous avons divisé notre travail en deux parties :

Dans la première partie, qui a trait aux tumeurs bénignes, nous avons fait l'étude des lipomes et des fibromes ; dans la seconde partie, qui comprend les tumeurs malignes, nous avons eu en vue les sarcomes et les tumeurs mixtes ou intermédiaires.

Chaque groupe de tumeurs a son chapitre ; à la suite des observations, nous avons consacré une petite étude à l'anatomie pathologique, étiologie, symptomatologie, diagnostic et traitement de l'affection.

Nous avons préféré nous tenir dans la limite d'une observation rigoureuse des faits. Si nous n'avons présenté que des observations peu nombreuses, c'est que nous tenons à ce qu'elles soient concluantes. C'est pourquoi nous avons puisé largement à la source des récents travaux qui nous donnent avec des descriptions pathologiques exactes la fine analyse histologique et qui nous permettent de faire une classification bien ordonnée.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS SOLIDES DU CORDON SPERMATIQUE

ET EN PARTICULIER DU MYXO-SARCOME

HISTORIQUE

L'histoire des tumeurs solides du cordon se rapporte à deux ordres de faits. Si l'on remonte un peu loin dans la science, on ne trouve aucune description précise de ces lésions. Tout au plus rencontre-t-on dans les diverses gazettes de France et de l'étranger quelques observations éparses sans portée pratique et auxquelles manque surtout la sanction d'un examen microscopique sérieux. De certains faits relatés au sein d'une société savante, il ne reste que quelques mots dont la signification a été plus ou moins travestie à travers les âges.

L'ensemble de ces remarques, sans classification scientifique, n'est qu'une sèche énumération de faits, ne serait d'aucun secours à qui voudrait construire un travail édifié sur des bases solides.

Notre index bibliographique indiquera par ordre chronologique les noms des auteurs de ces observations et les ouvrages où nous les avons puisées.

Si nous nous reportons aux observations de date plus récente des tumeurs du cordon relatées soit dans les traités de pathologie chirurgicale, soit dans les articles plus spécialement consacrés aux affections localisées, soit dans les études sur les tumeurs du cordon, nous devons citer le nom de Curling. Il faut arriver à cet auteur pour avoir quelques renseignements sur les tumeurs du cordon. Encore n'avons-nous que des notions bien vagues sur la nature exacte et le siège précis du néoplasme. Quelle part revient au testicule, à l'épididyme, aux tuniques, au scrotum et au cordon spermatique lui-même ?

Dans l'ouvrage de Curling, répandu en France grâce à la traduction de Gosselin (1), on trouve les lignes suivantes sur les tumeurs solides du cordon : « L'auteur cite plusieurs exemples de tumeurs adipeuses en dehors des épanchements de scrotèle et de sang, il fait rentrer parmi elles ces masses graisseuses développées le long du cordon et prises pour des hernies épiploïques : puis ajoutons une observation de lipome volumineux rapportée dans cette thèse. Citons les rapports de Pelletan dont la communication n'eut aucune faveur auprès de la docte assemblée.

Dans la thèse de Cloquet (1819), on rencontre une observation de tumeur graisseuse développée dans le cordon testiculaire et trouvée sur le cadavre d'un vieillard.

Nélaton (2), dans son *Traité de pathologie chirurgicale*, donne une étude succincte des tumeurs solides du cordon.

L'auteur signale comme très rares les tumeurs syphilitiques tertiaires et le cancer primitif du cordon, il ajoute que les tumeurs adipeuses sont les plus fréquentes. Elles peuvent être prises pour des hernies épiploïques, ne causent aucune gêne et ne réclament aucun traitement chirurgical.

(1) Curling, *Traité pratique des maladies du testicule, du cordon spermatique et du scrotum*, traduit et annoté par Gosselin, p. 560.

(2) *Eléments de pathologie chirurgicale*, t. V, p. 590.

Holmes parle de tumeurs graisseuses au cordon, ayant tendance à se propager dans le canal inguinal et que l'on distingue difficilement des hernies.

A côté de Holmes, citons les noms d'Annandal, Maunder, Groscoyen.

A signaler la tentative audacieuse de Velpeau qui poursuit le cordon siège de cancer encéphaloïde jusque dans la fosse iliaque. Résultat : Récidive chez un opéré au bout d'un an seulement ; chez un autre, aucune trace de généralisation trois ans après.

Daniel Mollière (1), en 1881, dans son article du *Dictionnaire des sciences médicales de Dechambre*, donne une bonne description des tumeurs du cordon. Les néoplasmes *solides primitifs du cordon sont rares*.

L'auteur les classe en trois catégories : 10 lipomes, 20 fibromes, 30 *tumeurs malignes, myxomes, sarcomes et carcinomes*.

Quant aux lipomes, ils restent de petite dimension ou acquièrent un volume énorme. Les fibromes, selon cet auteur, sont tout à fait rares. Les tumeurs malignes sont les plus fréquentes. On les confond souvent avec les tumeurs du testicule. Elles exigent la castration hâtive.

Puis vient l'important travail de Brossard, paru en 1884 dans les *Archives générales de médecine*, article intitulé : « Les tumeurs solides du cordon spermatique ».

L'auteur, dans une monographie qui fait époque, étudie avec ordre ces néoplasme et classe les observations antérieurement publiées à propos d'un cas de lipome du cordon extirpé par Blum en 1882. Description très minutieuse et étude soignée à laquelle on n'a guère fait qu'ajouter des mots.

L'article « Tumeurs solides du cordon » dans la Pathologie de Follin et Simon Duplay, est le reflet des théories de Daniel Mollière.

A citer quelques lignes consacrées au sujet qui nous occupe dans la Pathologie externe des agrégés.

(1) Article *Voies spermatiques*, Dictionnaire Dechambre, 3^e série, XI, p. 88.

En 1885, Eben Watson faisait paraître, dans la *Lancet*, un article où il traite des tumeurs non malignes du cordon spermatique et de leur diagnostic avec les hernies.

La même année, dans son *Traité des tumeurs de l'abdomen et du bassin*, M. Péan figurait plusieurs lipomes du cordon.

MM. Broca et Delbet, la même année, publièrent séparément des cas de ce genre. M. Broca surtout en fit l'objet d'une communication importante à la Société anatomique en 1888. Ces auteurs diffèrent sur un point : Pour M. Broca, un des signes distinctifs du lipome du cordon était sa non adhérence au péritoine. M. Delbet a montré que le contraire pouvait avoir lieu : « Le lipome présenté par Delbet était bien situé en avant et en dehors du canal déférent, comme le disait Broca dans la séance du 16 novembre 1888. Il se prolonge jusque dans la fosse iliaque, mais bien loin de rester indépendant du péritoine, il adhère très nettement à la surface de la séreuse. Lorsqu'on exerce une traction sur le lipome, on voit le péritoine se déprimer en fossette ».

En 1890 parurent un cas de M. Koch et un autre de M. Gross (de Nancy).

Dans le *Nouveau traité de chirurgie*, Reclus cite une observation personnelle sur un cas de sarcome. L'auteur parle à la fois de *fibromes, myxomes, sarcomes*.

En Allemagne Kocher, dans sa *Chirurgie allemande*, fit une description de cette maladie.

A signaler particulièrement une tumeur mixte (sarco-myxome et lipome développé primitivement dans le cordon) et présentée par M. Duploux, au Congrès de Marseille, pour l'avancement des sciences, 1891.

En 1893, M. Reynier lut à la Société de chirurgie, au nom de M. le docteur Ilue (de Rouen), une observation longue et détaillée de lipome du cordon. Il en conclut que l'origine de ces tumeurs est le plus souvent la graisse sous-péritonéale, si abondante dans cette région sus-pubienne et non pas, comme le croient MM. Monod et Terrillon, uniquement les quelques amas de graisse disséminés dans le cordon (Reynier).

M. Reclus, dans la discussion, cite son observation de tout point semblable à la précédente et qui forme le fond de l'article « Tumeurs solides du cordon » du *Traité de chirurgie*. L'examen histologique ne permet de constater autre chose que de la graisse.

M. Schevertz cite à ce propos l'observation d'un malade opéré par lui à l'hôpital Beaujon, six ans auparavant, et qui portait en même temps qu'une tumeur testiculaire un lipome du cordon. Dans ce cas le cordon était situé en arrière de la tumeur, complètement indépendant d'elle. L'extirpation de ces deux masses néoplasiques fut suivie de guérison.

Dans leur *Traité des maladies du testicule*, MM. Monod et Terrillon ont traité des lipomes du cordon en quelques lignes. Ces auteurs signalent la fréquence des lipomes, relativement aux autres tumeurs de cette région. Ils citent seulement des sarcomes.

A signaler, en 1893, une observation fort intéressante, publiée dans la *Lancet*, par William Anderson. Enfin, nous devons à Karewski, en 1894, la relation du fait d'une tumeur mixte du cordon, de nature complexe, à la fois fibromateuse, lipomateuse, sarcomateuse, myxomateuse et kystique.

En 1901, J. Pantaloni (de Marseille), ayant eu l'occasion de pratiquer une opération pour un cas de fibro-sarcome du cordon, et frappé du peu de fréquence de la lésion, qu'il avait eu la bonne fortune de rencontrer, de traiter et de guérir, a publié l'observation que nous relaterons plus loin. Un examen histologique très complet de la tumeur a été fait par un maître en la matière, M. le professeur Letulle (de Paris).

1° Les cas de sarcome du cordon ne sont pas communs, surtout les observations avec examen histologique précis et détaillé, toutefois ils sont plus fréquents que les fibromes et les myxomes. Parmi ces faits il faut citer surtout celui de Dubaès-d'Abville, qui n'a pas été contrôlé par le microscope. D'après cet auteur, la tumeur se serait développée aux dépens de la partie urétrale du canal déférent, il aurait englobé entièrement ensuite ce canal. Il faut en rapprocher le cas de William Parker. D'autres faits

sont plus nets, car on a publié pour eux les résultats de l'analyse microscopique ; parmi ceux-ci, nous pouvons citer les suivants : d'abord le cas d'Albrecht (de Berlin), puis le cas de Magunkki (de Vienne), mentionnés par les auteurs classiques. De même les faits de Louvet, Lejars, Aubry, Combert, Goget.

Dans le cas de Bryant, la tumeur était très nettement maligne, il y eut généralisation, et des sarcomes secondaires apparurent dans plusieurs viscères abdominaux. Un fait de Walthous se rapporte à un enfant de 4 ans. Un autre fait de Nalsisam, cité par les classiques sous le titre de sarcome pur, a aussi trait à un enfant de 13 mois, extirpation d'une tumeur datant de six mois. Elle était grosse comme une orange et adhérait au testicule et au cordon, qui furent enlevés avec elle, mais nous croyons là qu'il s'agit d'un cas de myxo-sarcome à rapprocher plutôt de celui de Duplouy.

Nous connaissons d'autres cas de sarcomes qui n'ont pas été rapportés dans les grands traités de chirurgie. Ce sont : celui de G.-W. Mason qui était accompagné d'une hernie de l'appendice vermiculaire et qui date de 1883 ; celui de M. Moulin, publié en 1886 ; celui de Le Noir, observé dans notre pays.

Dans un cas de Lamarque, on remarqua que, dans le décubitus dorsal, la région ne présentait aucune saillie, mais, sous l'influence de la toux, la main, sur l'anneau, faisait percevoir une petite masse dure, ovoïde, qui faisait saillie lorsque le malade était debout. Les testicules étant dans le scrotum et le diagnostic de hernie étant écarté, on songea à un kyste. Une incision mit à nu, au milieu du groupe antérieur des veines spermatiques, une tumeur solide, contenue dans une sorte de sac qui se terminait en cul-de-sac à quelques millimètres. L'examen histologique montra que l'on avait affaire à un sarcome fasciculé. Mentionnons enfin, pour terminer, l'observation plus récente de Maylord.

2° Les fibromes du cordon sont infiniment plus rares et le travail de Brossard n'en rapporte que deux cas. Nous ne connaissons que deux faits : celui de Le Noir, datant de 1854, et

celui de Verneuil, publié en 1865. Ces fibromes peuvent atteindre un très fort volume et s'entourer d'une capsule.

3° Les myxo-sarcomes du cordon ne sont guère connus que par les faits de Duplouty, Valshaur, Repper, Tillaut. Nous montrerons que, dans notre observation, il y a des points communs avec ces faits anciens.

Dans le cas de Duplouty, cité partout, il s'agissait d'une tumeur pâteuse, grosse comme la tête d'un adulte et développée dans l'enveloppe fibreuse commune datant de quatre ans. Le testicule sain, comme le canal déférent, était logé entre deux masses distinctes qui constituaient la tumeur, l'une formée par un noyau sarcomateux entouré de myxome, la seconde plus grosse et lipomateuse. Le cas de Pepper paraît assez probant.

M. Peyrot, à la séance de la Société de chirurgie du 29 janvier 1902, présente une tumeur du cordon qu'il a enlevée le matin même. Elle pèse un peu plus de 600 gr. Son aspect homogène blanchâtre, sa consistance un peu molle, comme œdémateuse, font penser à un myxo sarcome. L'auteur montre la pièce, car il pense que ces néoplasmes sont assez rares. La tumeur se trouvait surajoutée à une assez volumineuse hydrocèle dont l'ablation a nécessité en même temps celle d'un testicule dégénéré et englobé dans la tumeur.

Dans la discussion, M. Quénu dit avoir opéré, quinze mois auparavant, un homme de 50 ans, porteur d'une tumeur multilobée du cordon, prise d'abord pour une épiplocèle. Elle se prolongeait dans le ventre. Le chirurgien dut en poursuivre la dissection dans le trajet inguinal et dans la fosse iliaque sous le péritoine et même y laisser quelques masses. Histologiquement, il s'agissait d'un myxo-sarcome.

En 1904, C. Stori, dans la *Clinica moderna*, t. X, n. 10, p. 109, cite le fait d'un volumineux lipome du cordon spermatique, ayant débuté six ans auparavant chez un curé de 66 ans.

En 1905, dans une étude très documentée sur les fibromes du cordon spermatique, A. Bruneau et Condo de Satriduo, internes des hôpitaux de Marseille, ont bien mis en relief les conditions étiologiques et anatomiques des fibromes du cordon.

Ce sont les premiers auteurs qui aient fait un bon travail d'ensemble sur les fibromes du cordon.

En résumé, nous possédons en France, sur les tumeurs solides du cordon, de rares travaux d'ensemble. Nous avons réuni les observations publiées et nous y avons ajouté quelques observations qui n'avaient pas encore été utilisées pour une étude générale du sujet. L'une d'entre elles, recueillie par nous dans le service de M. Rivet, a été rattachée à la question pour les raisons que nous avons données plus haut.

Au début de ce modeste travail, nous avons demandé à plusieurs de nos chirurgiens s'ils avaient eu l'occasion d'opérer des cas semblables. A peu près tous nous ont fait la même réflexion : « Nous avons opéré très rarement des tumeurs liquides. Quant aux tumeurs solides, nous n'en avons jamais observé ».

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Lipomes du cordon spermatique.

Le lipome du cordon spermatique est une affection assez rare, mais c'est encore la plus fréquente parmi les tumeurs solides du cordon. Dans la bonne thèse de Gaston Sarrazin, il y a vingt-six observations de lipome du cordon spermatique. Depuis, au cours de nos recherches bibliographiques, nous avons cité le travail de Gabryszewski qui, à l'occasion d'une observation personnelle, résume la thèse de Sarrazin et quelques faits épars.

Mauclore, à propos d'une observation personnelle de lipome du cordon, a fait un essai heureux de classification des lipomes. En ajoutant six cas que nous avons relatés au cours de nos recherches dans la littérature médicale, nous avons essayé de faire un court travail d'ensemble sur les lipomes du cordon spermatique.

Nous allons résumer les observations connues jusqu'à ce jour et nous essayerons d'en déduire quelques considérations pathologiques et de tracer à grands traits les principales lignes de la pathologie de cette affection. Sans doute de nouveaux cas viendront établir des détails que nous laissons forcément de côté à cause du nombre relativement restreint des observations publiées jusqu'à ce jour. Nous nous contenterons d'apporter ici les faits qui ressortent clairement des observations suivantes.

OBSERVATION I

GABRYSZEWSKI, *Deutsche Zeitschung f. Chir.*, XLII, 4.

Lipomes du cordon spermatique.

Dans cette observation personnelle, l'auteur cite le cas d'un homme qui s'était fait recevoir à la clinique chirurgicale de M. Rydygier, à Cracovie, pour une tumeur du scrotum ponctionnée déjà par plusieurs médecins qui avaient cru avoir affaire à une hydrocèle. Le résultat de ces ponctions était cependant resté négatif. Le néoplasme datait de deux ans et avait débuté sous forme d'une petite tumeur indolore au niveau du testicule droit sans que le malade eût été atteint de hernie. Le développement de cette tumeur, lent au début, devint plus tard assez rapide, en même temps que le volume commençait à devenir gênant. A l'examen du patient, on constata une tumeur grosse comme la tête d'un nouveau-né, occupant le côté droit des bourses et s'étendant jusqu'au ligament de Poupert sans pénétrer dans le canal inguinal. La palpation y révéla une fluctuation très manifeste. Le testicule ne put être perçu mais une sensibilité prononcée du pôle inférieur de la tumeur fit admettre que la glande génitale devait se trouver à ce niveau. Le néoplasme ne présentait aucune translucidité et les symptômes d'une hernie faisaient également défaut. On diagnostiqua la présence d'une collection liquide sans pouvoir en préciser la nature. La ponction exploratrice donna cependant un résultat négatif, de sorte qu'on fut obligé de s'arrêter, malgré l'existence d'une fluctuation nette, au diagnostic d'une tumeur plus ou moins solide, très probablement un lipome. L'opération démontra la justesse de cette supposition. L'extirpation du néoplasme ne présenta aucune difficulté, sauf pour les rapports intimes de la tumeur avec les veines du cordon spermatique. Les suites opératoires furent normales et le malade put quitter le service au bout de trois semaines.

L'examen de la tumeur permit de constater que son centre était plus ou moins fibreux alors que la périphérie offrait la structure typique d'un lipome lobulé.

OBSERVATION II

MALAPERT et R. MAURICHAU-BEAUCHANT, Société anatomique janvier 1904.

Volumineux lipome du cordon spermatique.

Il s'agissait d'un malade de 52 ans qui fut opéré, le 15 octobre 1903, par M. Malapert.

La tumeur datait de dix ans. Elle s'était développée très insidieusement; dans les derniers mois cependant, elle s'accrut beaucoup plus rapidement. Par son volume, elle occasionnait une gêne considérable, mais sans douleurs bien intenses.

La tumeur enlevée en totalité pèse 4 kil. 500. Elle est constituée par des masses lipomateuses formant de véritables lobes reliés par un centre commun. Au milieu de la tumeur, on retrouve le testicule et l'épididyme qui apparaissent non altérés, ainsi que l'origine du canal déférent.

Les préparations histologiques présentées simultanément montrent qu'il s'agit d'un lipome.

OBSERVATION III

MAUCLAIRE, professeur à la Faculté, *Bulletin Société anatomique*, 1896.

Lipome paravaginal du cordon spermatique droit. Hématocèle de la tunique vaginale du côté gauche.

Côté droit : Lipome paravaginal du cordon spermatique. — Sur un sujet de l'école pratique et qui présentait déjà un petit lipome de la partie droite du thorax, nous trouvons la tumeur suivante dans la partie inférieure du cordon spermatique du côté droit. Cette tumeur est représentée par un lipome ayant environ 8 centimètres de hauteur et 3 à 4 centimètres d'épaisseur; sa forme est oblongue à grand axe parallèle à celui du cordon. Elle est placée en avant des éléments du cordon. En bas elle est en contact avec la tunique vaginale, en haut elle affleure l'orifice superficiel du canal inguinal. La coupe de la tumeur est celle d'un lipome ordinaire. Les éléments du cordon sont dissociés par la tumeur, c'est-à-dire que le groupe antérieur

des vaisseaux est séparé du groupe postérieur par une partie du lipome et au sommet de la tumeur, le groupe antérieur qui contient le canal déférent est réuni au postérieur. Le testicule est placé en bas et en arrière de la tumeur. La tunique vaginale et le testicule sont sains. Pas d'hydrocèle. Vu par la cavité abdominale, l'orifice profond du canal inguinal est normal et en tirant sur la tumeur, on ne déprime pas le péritoine à ce niveau.

Côté gauche : Hématocèle de la tunique vaginale. — Du côté opposé, la partie inférieure du cordon est envahie par la graisse; c'est un lipome diffus au début, mais il ne fait pas tumeur. La tunique vaginale présente des lésions caractéristiques d'une hématocèle au début. Son épaisseur est de 3 à 4 millimètres et elle est plus grande en bas qu'en haut. Le testicule adhère par ses faces interne et externe et par tout son bord inférieur. On peut cependant amorcer assez facilement la décortication du testicule dont le volume est normal comparativement à celui du côté opposé.

Sur la face interne de la tunique vaginale, on trouve de nombreuses néo-membranes, quelques-unes sont envahies par des hémorragies capillaires abondantes. Sur le bord supérieur du testicule, on trouve l'épididyme atrophié et sclérosé, et à ce niveau les membranes sont très abondantes, très résistantes et très hémorrhagiques.

Dans la cavité de cette pachy-vaginalite, il existait 15 grammes de liquide sanguinolent.

Le cas de M. Mauclair rentre dans les lipomes paravaginaux. Le diagnostic de la tumeur aurait été facilité par l'existence d'un lipome thoracique. Cette lésion concomitante n'existait que dans le cas de Verneuil, parmi les 26 observations rapportées par Sarrazin.

OBSERVATION IV

POTHERAT, chirurgien des hôpitaux, et CHEVRIER, interne des hôpitaux. *Bulletin Société anatomique*, 1900.

Lipome du cordon.

M. B..., 51 ans, n'a jamais été malade, ne présente aucun antécédent du côté de l'appareil génital. Il y a huit ans environ, il s'aperçut

que sa bourse droite augmentait de volume. Une belle nuit, sa compagne lui fit remarquer qu'il en avait trois. La tumeur, au début, était donc tout à fait distincte du testicule.

La tumeur reste tout à fait indolore. Elle augmente progressivement de volume pendant les six années suivantes mais ne devient pas gênante. Pendant les deux années suivantes, la tumeur évolue plus rapidement et devient une véritable difformité.

A l'examen, on trouve le scrotum fortement distendu par une tumeur piriforme à grosse extrémité inférieure, siégeant dans la bourse droite. Cette tumeur, complètement indolore, sur laquelle glisse la peau, est fluctuante et peu tendue. Ce dernier caractère mérite d'être noté. On ne peut pas isoler le testicule de la tumeur. On le devine sous forme d'une masse plus dure à la partie postéro-inférieure.

La tumeur ne se prolonge pas dans le canal inguinal et ne présente pas de pédicule. Elle finit à la racine des bourses par une extrémité arrondie très nette facile à délimiter. Pas d'impulsion à la toux ; pas la moindre pointe de hernie à droite ni à gauche. Pas de transparence. Prostate indemne, organes génitaux de l'autre côté sont sains. On porte le diagnostic de pachy-vaginalite.

Opération. — L'incision de la tunique fibreuse permet d'apercevoir la tumeur qui ne présente pas partout le même aspect. A la partie inférieure, elle semble plus transparente, plus blanche. Le bistouri porté en ce point ouvre une poche contenant quelques centimètres cubes de liquide citrin, au fond de laquelle le testicule apparaît sain. Au-dessus de cette hydrocèle vaginale insignifiante existe une autre petite cavité séreuse ne communiquant pas avec elle et contenant aussi un peu de liquide.

Au-dessus de ces petites poches, la tumeur existe toujours, retombant sur elles et les recouvrant quand on ne la soulève pas. Au bistouri, on isole facilement la partie inférieure de cette tumeur jaunâtre qui se laisse soulever et extirper avec la plus grande facilité. Au cours de cette ablation, on n'aperçoit pas un des éléments du cordon qui se trouve en arrière de la tumeur et pas dissocié par elle ; on ne fait pas une ligature. On suture l'incision sans drainage.

La tumeur enlevée, jaune, fluctuante, présente tous les caractères

du lipome. Elle forme une seule masse lisse, régulière, sans lobulation périphérique, ayant partout la même consistance pseudo-fluctuante.

Ce cas se rattache au groupe des lipomes intermédiaires.

OBSERVATION V

FRAIKIN et L. ROCHER, *Journal de médecine*. Bordeaux, 1901, 136.

Volumineux lipome du cordon spermatique.

Il s'agit d'un homme de 53 ans, charretier de sa profession.

Aucune tare à relever dans ses antécédents, tant héréditaires que personnels. Pas de maladies vénériennes, ni d'oreillons. Il a une hernie inguinale droite qui date de trente ans, et qui apparut à l'occasion d'un effort. Le malade a toujours remarqué une différence de volume entre ses deux testicules, très sensible : son testicule gauche fut toujours plus gros que le droit. Vers le mois de décembre, il y a cinq ans, il fait une chute, se heurte le testicule gauche et, au bout d'un mois, il note une augmentation de son volume. Maintenant on est frappé par le volume d'une énorme tumeur suspendue à la face antérieure du pubis, par un large pédicule; elle rappelle la forme d'un cœur, dont la pointe s'appuierait sur la cuisse gauche.

Le diamètre vertical, mesuré depuis la racine de la verge jusqu'à son pôle inférieur est de 35 centimètres; la circonférence maxima est de 60 centimètres; celle du pédicule est de 40 centimètres, surface irrégulière; quelques grosses veines serpentent dans la peau du scrotum; celle-ci paraît normale. Pas d'œdème. Sur la face gauche de la tumeur, on aperçoit un relief très marqué; en haut et à droite du pédicule, on voit nettement la saillie que produit le testicule droit. Il paraît y avoir un léger degré d'hydrocèle. Pas de ganglions inguinaux, ni lombaires engorgés. Pas de signe de métastase. A la partie inférieure de l'hémi-thorax droit, on trouve un petit lipome gros comme la moitié d'une mandarine. En résumé, volumineuse tumeur solide située dans le scrotum, datant de cinq ans, n'ayant entraîné aucune cachexie.

Opération. — Chloroforme. Longue incision en raquette partant de

l'orifice inguinal externe et embrassant la circonférence maxima de la tumeur. La dissection se fait rapidement. Au-dessus de la tunique fibreuse des bourses et s'énucléant facilement, apparaît un volumineux lipome à gros lobes; de toutes parts on l'énuclée en même temps qu'un aide veille sur le testicule droit. Du sommet de la tumeur part le cordon spermatique, très gros, infiltré de graisse, qui englobe tous ses éléments. Ligature séparée de l'artère et du canal déférent, ligature en masse au-dessous. Suture au crin de Florence. On place un drain. Les suites opératoires furent bonnes et aujourd'hui le malade est complètement guéri; réunion par première intention.

Examen de la tumeur. — La tumeur enlevée est un volumineux lipome pesant 4 kil. 850. Sa forme rappelle celle d'une poire dont la queue serait formée en pareil cas par le cordon auquel elle est suspendue. Elle est constituée par l'agglomération de gros lobes lipomateux, séparés les uns des autres par des scissures plus ou moins accentuées. A la section, la tumeur paraît uniformément constituée de tissu graisseux. Sur sa face postérieure, en son milieu, on aperçoit une légère saillie, on incise, et, au-dessous d'une couche de graisse d'un centimètre, on tombe dans la cavité vaginale. Le testicule et l'épididyme paraissent sains, une coupe transversale de ces organes montre qu'ils sont entourés et doublés, ainsi que la vaginale, par une membrane fibreuse, épaissie et blanchâtre qui les isole de la tumeur. Le canal déférent est grêle, très mince, s'enfonce dans la masse néoplasique; la dissection ne peut le suivre. Les vaisseaux, artères et veines sont éparpillés; on les retrouve au sommet de la tumeur, groupés en un seul faisceau pour former le cordon.

En bas et en dehors de cette tumeur principale, on trouve un gros nodule de forme hémisphérique, dur, de consistance ligneuse, criant sous le scalpel et présentant à la coupe l'aspect de tissu fibreux.

L'examen microscopique démontra que cette portion de la tumeur était formée purement par du fibrome fasciculé. Le testicule et l'épididyme ne présentaient aucune altération, aucune dégénérescence.

OBSERVATION VI

Dr BAUBY, *Echo médical de Toulouse*, 1902, 141.

Lipome du cordon spermatique.

Il s'agit d'une masse graisseuse considérable pesant 1 kil. 500 ; elle est multilobée et les nombreux lobes qui la composent, de constitution semblable mais de volume très différent, sont tous groupés autour du cordon spermatique dont l'extrémité supérieure sert de pédicule à la tumeur. Ce cordon lui-même, dans toute sa portion scrotale, est comme perdu au milieu des noyaux adipeux et ses éléments sont dissociés. Il a été notablement allongé, car depuis le point de section au-dessous du canal inguinal jusqu'au testicule que l'on trouve tout à fait en bas, il mesure environ 40 centimètres. Enfin il est manifeste que la gaine fibreuse commune du cordon a été refoulée en dehors par le développement progressif du néoplasme auquel elle forme une mince enveloppe. Toutes les conditions semblent donc réunies pour justifier la dénomination de lipome du cordon spermatique. Le porteur de ce lipome est un homme de 60 ans, cultivateur vigoureux et indemne de toute tare.

A son avis le début de la tumeur remonterait à une dizaine d'années. A cette époque, il avait déjà remarqué du même côté droit une petite hernie inguinale qui rentrait aisément et n'occasionnait aucune gêne, aussi n'a-t-il jamais porté de bandage. Dans la suite, il vit se développer peu à peu dans les bourses une grosseur nouvelle, qui paraissait indépendante de la hernie. Pendant longtemps, il ne s'en est pas préoccupé, car cette grosseur ne l'incommodait guère et ne l'empêchait pas de travailler, mais plus tard et surtout depuis un an, sous l'influence de l'augmentation progressive du volume des bourses il s'est trouvé gêné dans la marche et dans le travail ; il souffrait aussi parfois de coliques, dues probablement au tiraillement du cordon. Enfin il a ressenti certains troubles de la miction, car la verge avait été peu à peu enfouie dans la masse scrotale et l'urèthre lui-même pouvait être comprimé. Les bourses, très distendues, présentaient le volume, sinon la forme d'une tête d'enfant nouveau-né. On y sentait

par la palpation une masse centrale irrégulière, demi-molle et irréductible. Elle était d'une opacité complète et d'une matité absolue. Cette masse siégeait manifestement dans le seul côté droit, elle paraissait indépendante du testicule, dont la sensibilité spéciale à la pression décelait la présence à la partie inférieure et postérieure.

Le malade accusait la préexistence d'une hernie inguinale de ce même côté, et en effet on trouvait au niveau du trajet inguinal, une tuméfaction caractéristique, laquelle augmentait sous l'influence des efforts et de la station debout, tandis qu'elle diminuait dans le décubitus ou par la pression.

On pourrait donc affirmer l'existence d'une hernie dont une portion du moins paraissait réductible, et naturellement on était amené à penser tout d'abord que la tumeur scrotale devait être de même nature, représenter la portion solide et irréductible du contenu herniaire, l'épiploon. C'est une erreur qu'on commet facilement. Cependant diverses raisons permettaient d'établir une distinction complète entre la hernie inguinale et la tumeur des bourses. D'une part, en effet, l'anneau inguinal externe, bien que notablement élargi, ne l'était pas assez pour avoir pu, sans l'étrangler, livrer passage à un tel paquet d'épiploon. D'autre part, ce même paquet épiploïque aurait dû se prolonger jusque dans le ventre par un énorme pédicule, or nous n'en trouvions pas trace. Enfin, la tumeur elle-même n'offrait pas les caractères connus des épiplocèles, elle était plus massive et plus largement lobulée.

L'opération a confirmé les données de l'examen clinique. Il y avait une petite hernie inguinale dont le chirurgien fit la cure radicale et au-dessous, mais indépendante du sac et n'ayant rien de commun avec un lipome herniaire, la tumeur en question.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un lipome vrai et à peu près pur. On ne trouva qu'un seul petit lobe différent des autres, il était gris, rosé, et son tissu présentait au microscope les caractères du myxome.

OBSERVATION VII

T. STORI, *La clinica moderna*, an X, n. 10, p. 109, 9 mars 1904.

Volumineux lipome du cordon spermatique gauche.

Enorme tumeur du scrotum ayant débuté, il y a six ans, chez un curé de 66 ans. Opération facile, suites simples.

Les caractères macroscopiques de la tumeur étaient ceux du lipome pur : les vaisseaux du cordon étaient dilatés et leur volume était huit ou dix fois le volume normal ; le canal déférent était au contraire petit ; le testicule avait l'apparence normale ; la vaginale, épaissie et tendue, contenait environ 50 cc. d'un liquide séro-sanguinolent ; les éléments du cordon ainsi que le testicule étaient situés à la partie postérieure et supérieure de la tumeur et ils étaient complètement englobés dans son épaisseur ; toute la masse du lipome était soutenue par une tunique fibreuse commune assez épaisse. Les couches superficielles du scrotum étaient lisses, sauf au pôle inférieur de la tumeur. Celle-ci, une fois vidée de sang, pesait 8.900 grammes.

Dans ce cas, le lipome s'était développé aux dépens de la graisse du cordon spermatique. Il n'avait aucun rapport avec le tissu adipeux sous-péritonéal ni avec celui de la fosse iliaque interne. C'était un lipome primitif du cordon spermatique.

Cette tumeur est remarquable en raison de ses proportions. Elle est une des plus volumineuses qui soient connues, et ce cas peut être comparé à ceux de Brossard (4.500 grammes), de Hoch (5 livres), de Gascoigne (15 livres), de Wilms (20 livres).

Le malade, patient et résigné, la portait dans un sac solidement attaché à sa ceinture ; il dormait presque assis dans son lit, tenant dans ses bras son lipome posé sur ses genoux.

L'opération comporta le sacrifice du testicule, les éléments du cordon étant infiltrés, ce qui se produit toujours lorsque les tumeurs de ce genre ont acquis un certain volume.

OBSERVATION VIII

Signalons, pour terminer le chapitre des observations de lipomes, la présentation que fit M. Gasne, à la Société anatomique du 11 décembre 1903, d'un volumineux lipome du cordon atteignant le poids de 1.400 grammes et offrant en un point l'aspect calcifié. La tumeur ne déformait la région scrotale que depuis quatre mois.

Étiologie. — Si les lipomes considérés dans leur ensemble se rencontrent assez souvent chez l'homme, ils sont par contre d'une extrême rareté au voisinage du cordon spermatique. Dans trois observations, celle de Verneuil, celle de Mauclaire et celle de Fraikin et Rocher, le diagnostic de la tumeur a été facilité par l'existence simultanée d'un lipome thoracique. Les observations les plus récentes sont les seules auxquelles un examen microscopique complet permet de distinguer d'une façon certaine le lipome des autres tumeurs.

Le lipome du cordon spermatique paraît être une affection de la période moyenne de la vie. Sa fréquence la plus grande apparaît entre 40 et 60 ans.

La pathogénie de ces tumeurs est bien incertaine. Le traumatisme que l'on n'oublie jamais d'invoquer dans la pathogénie de la plupart des néoplasmes aurait-il joué quelque rôle ?

C'est possible. Nous le trouvons signalé dans l'observation due à M. le Dr Hue : une chute à califourchon sur une solive aurait été suivie de la production d'un lipome du cordon.

Nous en voyons une autre preuve dans l'observation due à Fraikin et Rocher : un traumatisme portant sur le testicule gauche aurait produit en un mois une augmentation notable du volume de la glande. Certains auteurs prétendent que l'arthritisme est un terrain favorable à l'éclosion de ce genre de néoplasmes. Quant à l'influence de l'hérédité, elle n'est encore pas bien démontrée.

Mauclaire, schématisant la description donnée par Malgaigne des hernies graisseuses, et simplifiant la classification de Sarra-

zin, propose de diviser les lipomes funiculaires en lipomes parapéritonéaux, lipomes paravaginaux et lipomes intermédiaires, les premiers étant développés aux dépens de la graisse parapéritonéale, les seconds aux dépens de la graisse paravaginale et les troisièmes aux dépens de la graisse en contact avec les débris de la tunique péritonéo-vaginale. Cette division, qui établit par le rôle qu'elle fait jouer à la graisse sous-séreuse une véritable symétrie anatomique entre tous les lipomes du cordon, est très heureuse (Sébileau).

Dans une publication sur les lipomes du cordon spermatique, Gabryszewski, au point de vue de leur origine, divise les lipomes en primitifs et secondaires. L'examen de 50 cadavres a, en effet, permis à cet auteur de confirmer ce fait mentionné par Kocher, à savoir que le cordon spermatique renferme à l'état normal des lobules de tissu adipeux, s'étendant généralement jusqu'à la couche adipeuse sous-péritonéale. Chez certains obèses, ce tissu graisseux peut être assez développé pour constituer le point de départ des lipomes primitifs du cordon. Quant aux lipomes secondaires de cet organe, ils proviennent soit de tissu sous-cutané de l'abdomen ou du scrotum, soit de la face externe de la tunique fibreuse commune ou bien du tissu adipeux sous-séreux. Dans ce dernier cas, le lipome sort du canal inguinal pour descendre dans le scrotum; il s'agit plutôt d'un adipocèle que d'un lipome du cordon.

Sébileau fait remarquer à ce sujet que la présence, dans le cordon, de lobule de graisse remontant du scrotum jusqu'au tissu cellulaire sous-péritonéal n'a pas dû échapper avant ces auteurs à beaucoup d'anatomistes.

Il est rare que le lipome reste cantonné dans la partie funiculaire du cordon; l'observation VII (*in* thèse Sarrazin) en est un exemple. Nous pouvons y ajouter l'observation recueillie dans le *Bulletin de la Société anatomique*, 1900, Lipome du cordon, par MM. Potherat et Chevrier : « La tumeur ne se prolonge pas dans le canal inguinal, elle ne présente pas de pédicule. Elle finit à la racine des bourses par une extrémité très nette, facile à délimiter ».

Mais il faut ajouter que, par une véritable migration ascendante ou descendante qui allonge leur pédicule, les lipomes parafuniculaires peuvent devenir inguinaux ou scrotaux, de même que les lipomes parapéritonéaux et paravaginaux peuvent devenir funiculaires.

« Le plus souvent, dit Reynier, les lipomes envoient un prolongement inguinal qui distend l'annexe et rend le diagnostic avec l'épiplocèle très difficile ».

Les migrations descendantes sont évidemment beaucoup plus fréquentes que les migrations ascendantes.

Dans quatre observations recueillies par Sarrazin, les tumeurs étaient bilatérales; nous n'avons jamais trouvé qu'une tumeur unique dans les récentes observations.

Pour ce qui est du volume de ces néoplasmes, il est très variable et peut atteindre des proportions considérables.

La tumeur dont Stori fait mention est remarquable en raison de ses proportions et du poids de 8 kil. 900.

Citons les cas de Brossard, 4 kil. 500; de Hoch, 5 livres; Gascoigne, 15 livres; Wilms, 20 livres; Fraikin et Rocher, 4 kil. 850; Malapert, 4 kil. 500.

La marche de cette affection est variable. Souvent la tumeur augmente progressivement de volume depuis la grosseur d'un testicule normal au moment où le malade s'aperçoit de son mal, jusqu'aux dimensions d'une tête d'adulte quand il demande l'intervention chirurgicale. Les uns sont gros comme une mandarine, les autres atteignent des poids énormes, 9 et 10 kilos. Au début, ils sont de forme arrondie et lobulés. Quand ils atteignent de grandes dimensions, ils s'étalent et diffusent prenant la forme multilobée avec des lobes de volume très différent et des points alternativement dilatés et rétrécis, réalisant un véritable chapelet graisseux le long du cordon. Les extrémités supérieure et inférieure du cordon servent ordinairement de pédicule à la tumeur. Le plus souvent le lipome, constitué par des lobes reliés par un centre commun, est simplement en contiguité avec les éléments du faisceau funiculaire; il ne leur adhère pas et s'en laisse facilement séparer.

Parfois cependant les éléments du cordon sont dissociés et comme perdus au milieu des noyaux adipeux. Dans le cas de Stori, l'opération comporta le sacrifice du testicule ; les éléments du cordon étaient infiltrés. Dans le cas de Fraikin et Rocher, la dissection fut impuissante à suivre le cordon spermatique infiltré par la graisse qui enveloppait tous ses éléments.

Broca, qui s'est occupé avec soin de la question des rapports du lipome avec le péritoine, a prétendu que ces tumeurs n'adhéraient jamais à la séreuse, mais Delbet a montré, au contraire, qu'ils pouvaient entrer en connexion avec la face de la séreuse. L'auteur produit un exemple à l'appui de sa thèse. Dans le cas cité, en exerçant une traction sur le lipome, le péritoine se déprimait en fossette. On retrouve cette adhérence dans 20 observations d'Anderson.

Comment se comportent les lipomes vis-à-vis des organes génitaux externes ? Lorsque le volume de la tumeur est considérable, le testicule, l'épididyme sont englobés, perdus à l'intérieur du lipome. Quant à la verge, elle est parfois pour ainsi dire « avalée » par la distension que fait subir le néoplasme aux bourses. Souvent on remarque un réseau de veines superficielles très dilatées sur la peau du scrotum. Le lipome atteint des dimensions invraisemblables, au point de rendre le coït impraticable. Le malade de Hue avait un lipome dont la circonférence mesurait 76 centimètres, et qu'il portait dans un sac suspendu à son cou ; celui de Karewski, avant de s'asseoir, était obligé de déposer sa tumeur à terre pour ne pas être entraîné par le poids de celle-ci. Telle était la situation du malade de Stori, patient et résigné, il portait sa tumeur dans un sac solidement attaché à sa ceinture et dormait presque assis dans son lit, tenant dans ses bras son lipome posé sur ses genoux.

Les lipomes du cordon apparaissent d'une façon insidieuse et sont découverts fortuitement. Dans le cas de Potherat et Chevrier, ce fut la compagne du malade, qui, une belle nuit, lui fit remarquer « qu'il en avait trois ». Ce n'est que lorsque la tumeur a atteint le volume d'une tête de fœtus, par exemple, qu'elle devient un objet de gêne, avec sensation de tiraillement. Il

n'existe aucune douleur spontanée ni à la pression. Les veines superficielles sont souvent volumineuses, dilatées. La tuméfaction n'est pas translucide. La palpation permet de sentir une tumeur bosselée donnant la sensation d'une fausse fluctuation toute particulière, comme si l'on avait affaire à une tumeur solide recouverte d'une couche de liquide (Sarrazin). C'est une sensation de pseudo-fluctuation, de mollesse particulière, qui ne saurait se confondre avec la tuméfaction lisse, très dure du fibrome ou la fluctuation du kyste. Cependant parfois il peut exister une fausse fluctuation. Seule la ponction exploratrice peut trancher la question. Quand la tumeur est petite, elle est située en avant du cordon, et le testicule occupe la partie postéro-inférieure, mais cette règle souffre bien des exceptions.

La marche du lipome est toujours lente; la présence de ce néoplasme n'entraîne aucun trouble dans l'état général du sujet. On ne trouve jamais d'adénopathie inguinale.

Diagnostic. — Le diagnostic du lipome soulève parfois des difficultés considérables et la nature de l'affection ne se révèle qu'au moment de l'opération. Il faut d'abord se rendre compte si l'on a affaire à une affection du cordon ou à une maladie des organes voisins. Il faut ensuite déterminer si la tumeur est bénigne ou maligne. Ces questions de diagnostic ont été traitées par Malgaigne, Brossart, Mombert, Goget et Deroyer. Nous ne ferions que répéter ce qu'ils ont dit. L'étude des cas publiés jusqu'à ce jour nous montre que des erreurs nombreuses ont été commises. Une des erreurs de diagnostic les plus fréquentes consiste à prendre un lipome du cordon pour une épiplocèle adhérente. M. Gabryszewski fait remarquer cependant que la consistance de l'épiplocèle est plus dure que celle du lipome.

On se basera sur le début plus brusque pour l'épiplocèle, lent pour le lipome. M. Bauby, dans une de nos observations, se basait sur les signes suivants pour établir un diagnostic différentiel entre l'épiplocèle et la tumeur du cordon :

« D'une part, dit cet auteur, l'anneau inguinal externe, bien que notablement élargi, ne l'était pas assez pour avoir pu, sans l'étrangler, livrer passage à un tel paquet d'épiploon. D'autre

part, ce même paquet épiploïque aurait dû se prolonger dans le ventre par un énorme pédicule; or nous n'en trouvions pas trace ».

Le diagnostic entre les diverses tumeurs bénignes du cordon est encore plus difficile que les précédents; les kystes se reconnaissent à la fluctuation, au résultat fourni par la ponction exploratrice à laquelle on aura toujours recours en pareil cas. Le varicocèle augmente par la station debout; il est réductible et donne à la palpation une sensation spéciale. Le lipome des bourses est superficiel. Dans les tumeurs éléphantiasiques du scrotum, la peau, au lieu d'être souple comme dans le lipome du cordon, est intimement adhérente. Le diagnostic, avec une tumeur du testicule, ne se fait souvent qu'au moment de l'opération.

L'importance qu'acquiert une palpation très énergique est considérable. C'est par ce dernier moyen que l'on peut réussir à reconnaître, dans certains cas, l'existence d'un noyau plus dur que la couche périphérique, ce qui permet d'exclure l'hypothèse d'une simple collection liquide.

Pronostic. — Les lipomes du cordon sont des tumeurs bénignes. Opérées, elles ne récidivent pas. Il convient cependant de faire des réserves. L'opération comporte le sacrifice du testicule quand la glande est en connexion intime avec le néoplasme. Certains lipomes du cordon précèdent les hernies de l'intestin ou de la vessie qu'ils entraînent dans la région inguinale. Léon Hubert pense, sans la nier, qu'on a exagéré cette influence pathogénique du lipome sur la cystocèle.

Traitement. — L'énucléation simple est évidemment l'intervention de choix. Mais il est des cas où la castration s'impose. Sarrazin en posa bien les trois indications que voici :

- 1° Lipome diffus et englobant les organes ambiants;
 - 2° Blessure, au cours de l'opération, du canal déférent, de l'artère spermatique et des veines;
 - 3° Enorme volume de la tumeur.
-

CHAPITRE II

Fibromes du cordon spermatique.

L'existence des fibromes du cordon spermatique n'est connue que depuis une époque relativement récente, puisque les deux premières observations datent de 1854 et 1856.

C'est une affection très rare dont il n'existe dans la littérature médicale qu'un petit nombre d'observations. Au cours de nos recherches bibliographiques, nous n'en avons vu signaler que neuf cas par les auteurs classiques.

Le dernier travail ayant trait à ce sujet est l'excellente monographie de Bruneau et Coudo, sur les fibromes du cordon spermatique, parue dans la *Revue de Chirurgie*, 1904.

Nous avons emprunté à ces auteurs une observation recueillie dans le service du docteur Pluyette, à l'hôpital de la Conception de Marseille, et nous avons puisé largement dans leur étude documentée.

En ajoutant un cas un peu antérieur à la publication de ces auteurs et en résumant les différentes observations de fibromes du cordon spermatique et l'étude pathologique tracée par ces auteurs, nous retracerons à grands traits les principales lignes de la pathologie de cette affection.

OBSERVATION I

FERGUSSON, *The Lancet*, 1856, II, p. 11.

Tumeur fibreuse du scrotum enveloppant le testicule gauche et s'étendant dans le canal inguinal.

Jean C..., fermier, 49 ans, est admis à l'hôpital, le 8 avril 1856, avec une tumeur du scrotum volumineuse, lobulée et paraissant fluctuante. Il y a dix ans, il s'est aperçu d'une tumeur grosse comme une noix, dans le côté gauche du scrotum, accompagnée de douleurs lancinantes. Entré dans le service de Fergusson en juin 1852, la nature maligne de la tumeur fut écartée et il y subit l'opération qui devait le délivrer de son mal. Dans le cours de l'opération, Fergusson trouva le testicule gauche libre de toute connexion avec la tumeur et situé à sa partie inférieure. Guérison, en apparence, complète.

Dix-huit mois après, nouvelle tuméfaction à gauche de la ligne médiane du scrotum qui, deux mois après, s'accompagnait d'une autre tuméfaction située beaucoup plus bas. Ces tumeurs, en augmentant de volume, remontent vers l'aîne et s'accompagnent de douleurs violentes. Le scrotum est aujourd'hui distendu, tirailé; à gauche se dessinent assez distinctement deux tumeurs ayant l'apparence de kystes; la fluctuation est nettement perçue, la tumeur remonte dans la direction du canal inguinal.

Opération. — 17 mai : La tumeur était extrêmement volumineuse, pénétrait dans le canal inguinal et son extrémité supérieure remplissait le canal inguinal, fermé du côté du péritoine. Fergusson fut obligé d'enfoncer une partie considérable de l'aponévrose du grand oblique et d'inciser les muscles petit oblique et transverse. Ces incisions terminées, il se trouva que la tumeur était un fibrome dont elle avait tous les caractères extérieurs. A la superficie, elle semblait divisée en plusieurs kystes, mais tous les lobes étaient bien composés de tissu fibreux.

24 juin : Guérison après un peu de suppuration.

OBSERVATION II (résumée).

Thèse de POISSON, reproduite par BROSSARD, in *Archives générales de médecine*, 1884.

Homme âgé de 52 ans, entre dans le service de Ricord en 1857. La tumeur de ce malade présente deux portions : l'une formée par le testicule, l'autre au-dessous et en dedans composée d'une masse dure et homogène avec prolongement conique. Cette tumeur présente une sensation de fluctuation profonde, transparence nulle, on diagnostique une hématocele.

Opération. — 18 juin : La tumeur présente le volume d'un gros poing. Elle est enveloppée d'une membrane fibreuse et suspendue à l'extrémité d'un cordon sain. Le canal se perd dans le tissu morbide après un trajet de 4 centimètres. A la coupe, la tumeur a un aspect blanc nacré légèrement jaunâtre. Le tissu est assez élastique et crie sous le scalpel. L'examen microscopique fait par le docteur Robin fit reconnaître que la tumeur se composait des quatre éléments suivants :

1° Une trame de tissu cellulaire représentant environ le tiers de la masse. Les éléments ne sont pas disposés en faisceaux, mais écartés les uns des autres et entrecroisés ;

2° et 3° Quantité considérable de matière amorphe parsemée de granulations moléculaires grisâtres et d'une notable quantité de granulations osseuses ;

4° Capillaires peu nombreux sans altération aucune. La guérison se fit par première intention. Pas de récidence.

OBSERVATION III

TIZZONI et PAROUD, *Annali universali di med. et chir.*, vol. XXXIX, 1877.

Tétanos après l'ablation d'un fibrome du cordon spermatique.

H..., âgé de 45 ans, alcoolique et syphilitique. Présente au côté du scrotum droit une tumeur ayant le volume du poing. Elle évolua en deux ans et actuellement va de l'orifice cutané du canal inguinal au fond des bourses.

Opération. — Cicatrisation complète après dix jours, après quoi le malade ayant pris froid fut atteint de tétanos et mourut en trois jours.

Pour l'examen microscopique, on fit des coupes que l'on colora au carmin et au bois de campêche plusieurs fois de suite. Alors on put constater une disposition normale des tissus avec des travées fibreuses mêlées à des paquets de vaisseaux et de nerfs. Les vaisseaux sont le siège d'une inflammation oblitérative et, par endroit, complètement obstrués par une prolifération épithéliale. Dans les gaines des nerfs, il semblait y avoir aussi une dilatation des espaces lymphatiques avec épaissement de ces gaines et infiltrations de leucocytes.

OBSERVATION IV

Faite dans le service du professeur PONCET, par Ch. AUDRY, *Gazette des Hôpitaux*,
14 mai 1887.

L. C..., cultivateur, 57 ans. Entre le 18 octobre 1883. Il y a deux ans, le malade aurait reçu sur le testicule droit un coup violent qui n'a, d'ailleurs, entraîné aucune suite fâcheuse appréciable. En mai 1883, il aperçut dans la moitié scrotale droite une tumeur. Peu de jours après apparaît une tumeur semblable et indépendante à la partie inférieure de la même région. Les deux tumeurs se développant se seraient accolées. Le testicule gauche est libre et isolable, tout le reste des bourses est occupé par une tumeur du volume d'une tête d'enfant, divisée en son milieu par un sillon qui la partage en deux lobes à peu près égaux. La surface est lisse et unie. La masse de la tumeur est absolument opaque et d'une extrême dureté. Elle est indolente.

Le 22 octobre : Castration. Guérison rapide. Pas de récurrence.

Tumeur : 4,125 grammes, dure, lisse, constituée par deux lobes séparés par un sillon. La queue de l'épididyme était fortement adhérente au reste de la tumeur qui englobe le cordon, de telle sorte qu'il est impossible de le suivre dans son épaisseur. L'examen microscopique, après durcissement dans l'alcool, la gomme et l'alcool et coloration au picro-carmin, donne les résultats suivants :

La totalité de la tumeur est constituée par du tissu conjonctif, qui affecte en de nombreux points une forme fasciculée, coupée par des amas de cellules connectives à dispositions variées, à gros noyaux très visibles et de forme indéterminée. En certains points, ce tissu offre une densité telle, qu'il est très difficile de constater les contours nets des cellules dont on détermine seulement les noyaux étoilés, de telle sorte qu'ils présentent une ressemblance notable avec une partie des néoplasmes mixtes de la parotide. En somme histologiquement, on a affaire à un fibrome pur et simple.

OBSERVATION V

LENOIR, *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1854-55, p. 344.

M. Lenoir présente une tumeur fibreuse qu'il a enlevée en même temps que le testicule et qui siégeait dans l'épaisseur du cordon vers sa partie moyenne. Elle datait d'un an environ. Pendant l'opération, on put voir que cette production nouvelle avait dissocié les éléments du cordon. Les veines et les nerfs étaient en avant et le canal déférent en arrière.

OBSERVATIONS VI et VII

A signaler l'observation de Letiévant relatée dans les comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon, 1854, p. 124 et 126. Cette observation a pour titre : « Tumeur fibro-graisseuse du cordon, énucléation, gangrène, mort ».

TRÉLAT, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1880, p. 259.

Myome du cordon.

M. Trélat a enlevé à un enfant une tumeur testiculaire dans des conditions qui montrent combien le diagnostic de la nature de cette affection peut être difficile à cet âge. Cet enfant aurait reçu un coup dans les bourses dix-huit mois auparavant, sans qu'il ait paru en

résulter un traumatisme sérieux. Récemment, il éprouva dans le testicule une douleur assez vive suivie de gonflement.

M. Trélat admit l'hypothèse d'un néoplasme du testicule, pensant qu'il s'agissait d'une tumeur de récente formation dont il était impossible de préciser la nature, à cause des caractères peu nets qu'elle présentait. L'enlèvement de cette tumeur fut pratiqué. Le testicule présentait des adhérences multiples qui nécessitèrent une dissection minutieuse.

La tunique vaginale et les tissus périphériques étaient épaissis, indurés, mais le tissu du testicule paraissait à peu près sain; on pensa à une vaginalite plastique ayant amené l'abolition de la cavité vaginale et l'atrophie de l'épididyme.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un myome du cordon caractérisé par l'accumulation, à l'émergence du cordon, de fibres musculaires lisses constituant une véritable tumeur. De là ces fibres s'étaient étendues dans toutes les directions et avaient envahi les différentes parties constituant de la glande en suivant les vaisseaux sanguins, et les conduits épидидymaires qui étaient oblitérés.

La tunique albuginée elle-même était envahie par les fibres lisses.

OBSERVATION VIII

Dans la séance du 18 novembre 1903 de la Société de chirurgie de Paris, M. Monod présente une tumeur du cordon qui semble être de nature fibreuse. Elle s'était développée en six ou sept ans chez un homme de soixante-neuf ans qui n'en souffrait aucunement et qui était entré à l'hôpital pour des troubles vésicaux d'origine prostatique.

La production, tout en paraissant intimement unie à l'épididyme et au canal déférent, en était, en réalité, indépendante et a pu en être séparée par dissection au cours de l'opération. De fait, l'exérèse a pu se limiter à la tumeur seule, le testicule, l'épididyme et le canal déférent étant conservés.

Cette tumeur est présentée par M. Monod, en raison de la rareté relative des cas de ce genre et pour que le fait soit consigné dans le *Bulletin*.

OBSERVATION IX

A. BRUNEAU et H. CONDO DE SATRIANO, internes des hôpitaux de Marseille, *Revue de chirurgie*, 10 janvier 1904.

Des fibromes du cordon spermatique.

Eugène M..., 45 ans, charretier. De ses antécédents, à relater comme fait intéressant un traumatisme local; à vingt et un ans, une adénite suppurée consécutive à un coup de pied de mulet dans l'aîne gauche. Il entre à l'hôpital, le 12 février 1903, pour une tumeur de la région inguinale gauche. Le début de cette affection remonte à six mois. En août 1902, à la suite de travaux pénibles, il s'aperçut de l'existence, à l'orifice du canal inguinal, d'une tumeur qui avait le volume d'une noix, qui se réduisait facilement et réapparaissait sous l'influence de l'effort ou de la toux. En même temps, il éprouvait par intervalles des coliques et des tiraillements dans la glande séminale correspondante. Croyant à la production d'une hernie, le malade porta un bandage qu'il ne put tolérer longtemps à cause de la douleur subie. Trois mois après l'avoir supprimé, à l'occasion d'un effort, il y eut brusquement issue d'une tumeur assez volumineuse hors du canal inguinal, dans le scrotum, et depuis ce moment il fut impossible au patient de la réduire dans la cavité abdominale. La présence de cette tumeur occasionnait par intervalles des coliques, et tout travail suscitait en ce point des douleurs assez vives pour lui faire redouter le moindre effort. Quarante jours après cet accident, M... vint à l'hôpital. Nous trouvons dans l'aîne gauche une tumeur à direction oblique de dehors en dedans et de haut en bas, qui s'étend dans le scrotum et subit une légère impulsion sous l'influence de la toux. A la vue, les téguments sus-jacents présentent un aspect normal; ils sont souples, lisses et mobiles sur la tumeur; il n'y a pas de lacis veineux superficiel. A la palpation, cette tumeur est dure, de consistance ligneuse, indolente à la pression, non lobulée, sans fluctuation, irréductible. En examinant le testicule correspondant, on le trouve situé à la partie inférieure de la tumeur dont on arrive parfaitement à l'isoler; son volume est normal. La percussion révèle la matité et la recherche de la translucidité est négative. Ses

dimensions apparentes sont en hauteur 15 centimètres environ et 8 centimètres en largeur. Signalons un peu d'hydrocèle dans la vaginale du côté opposé. Le diagnostic de tumeur bénigne du cordon fut posé par notre maître.

Opération. — Le 16 février 1903 : Par une incision oblique suivant l'axe du canal inguinal et empiétant sur le scrotum, on arrive sur une tumeur englobant les éléments du cordon, laissant le testicule sain. Le canal inguinal est dilaté ; on l'ouvre pour arriver à l'extrémité supérieure de la tumeur, et nous constatons que celle-ci a contracté quelques adhérences, d'une part, à la paroi pelvienne par un pédicule très vasculaire, d'autre part, à l'intestin grêle. Ligature en chaîne sur les deux chefs adhérents, et section au thermocautère. La castration fut nécessitée par l'impossibilité de disséquer les éléments du cordon perdus dans la tumeur : on referme le canal inguinal dont on suture les piliers à la soie ; la réunion des téguments est opérée au moyen des griffes de Michel. Les suites opératoires furent normales. Le malade guérit rapidement. Pas de trace de récurrence cinq mois après l'intervention.

Examen anatomo-pathologique. — La tumeur enlevée au moment de l'opération présente à peu près l'aspect d'un cône dont le sommet situé à la partie inférieure adhère à l'épididyme. La base du cône correspondait chez le malade au canal inguinal. Les dimensions de la tumeur sont les suivantes : longueur 12 centimètres, circonférence à la base 18 centimètres, circonférence au sommet 8 centimètres, la tumeur pèse 190 grammes. Les éléments du cordon pénètrent par le sommet, se dissocient, et après quelques centimètres se perdent dans les tissus néoformés. On ne trouve plus alors que quelques petites cavités à contenu puriforme. Sur la coupe, la tumeur présente une surface de section blanchâtre, tout à fait semblable à celle d'un fibrome.

L'examen microscopique vient pleinement confirmer cette impression donnée par la vue et montrer que nous avons bien affaire à un fibrome pur et simple. Des coupes ont été colorées, les unes à l'hématoxyline éosine, les autres à l'hématoxyline et von Gieson. Nous trouvons comme éléments des fibres et des cellules du tissu conjonctif groupées d'une façon identique à celle du fibrome fasci-

culé. Il existe quelques vaisseaux dont on distingue les tuniques et d'assez nombreux capillaires. Dans le voisinage des points où le tissu fibreux est creusé de petites cavités, restes du canal déférent, nous trouvons une infiltration assez considérable de globules lymphoïdes. Les capillaires y sont nombreux et dilatés, il existe même de nombreuses hémorragies microscopiques liées à la rupture de ces capillaires. Nous n'avons pas constaté, dans cette tumeur, l'existence de fibres musculaires lisses.

Étiologie. — On ne saurait nier, si rare soit-elle, l'existence du fibrome du cordon. Malheureusement il manque à nos premières observations la sanction d'un examen microscopique, mais dans quatre cas le microscope nous a confirmé qu'il s'agissait de fibrome pur.

Le fibrome du cordon semble avoir une prédilection marquée pour les hommes adultes et même âgés, si l'on s'en rapporte à la statistique des opérés qui avaient 49, 52, 47, 57, 45, 69 ans.

Le fibrome du cordon a été primitif dans tous les cas, sauf dans celle d'Audry où, développé primitivement sur l'épididyme, il n'envahit le cordon que secondairement et par propagation.

La pathogénie de ces tumeurs est mal établie. Le traumatisme serait-il en cause ? Peut-être. Nous le trouvons signalé dans les observations d'Audry et de Condo et Bruneau. Il se peut, c'est l'opinion de Poncet, au sujet du cas d'Audry, que le fibrome se soit développé aux dépens du tissu cellulaire péri-épididymaire, qui se sclérose et s'indure si facilement chez les porteurs de vieilles hydrocèles et les convalescents d'épididymites ordinaires.

Anatomie pathologique. — La tumeur est ordinairement unilatérale; dans deux observations, celles de Fergusson et d'Audry, le néoplasme avait envahi les deux cordons. Rien de plus variable que le volume de ces tumeurs.

A partir du moment où le patient constate leur présence et celui où il se présente devant le médecin, elles varient de la grosseur d'une noisette à celle d'une tête d'enfant.

En raison du siège possible des fibromes sur toute la longueur du cordon spermatique, Bruneau et Condo ont proposé de les

diviser au point de vue anatomique en fibromes scrotaux, inguinaux et pelviens.

Ce sont des tumeurs lisses, unies, ne faisant pas corps avec le testicule. Cependant, devant l'envahissement progressif de la tumeur, le testicule se trouve pour ainsi dire englobé dans la masse néoplasique. La tumeur ressemble à un fruit suspendu à ses deux pôles par un pédicule qui est ici le cordon. Les éléments du cordon arrivés dans la tumeur sont toujours adhérents, ils se séparent, et, après un trajet assez court, ne tardent pas à se perdre. On peut trouver alors quelques cavités irrégulières, remplies d'un liquide puriforme; elles représentent les restes du canal déférent. Il y a là une différence essentielle avec le lipome de la même région qui est en contiguïté avec les éléments du faisceau funiculaire, mais ne leur adhère pas et s'en laisse facilement séparer. Dans l'observation de M. Monod, la production, tout en paraissant intimement unie à l'épididyme et au canal déférent, en était en réalité indépendante et a pu en être séparée par dissection au cours de l'opération.

Dans les cas de fibrome pur, les fibres élastiques font entièrement défaut ou y sont très rares. Justement, c'est l'examen microscopique seul qui fait trancher la question quand il s'agit d'un fibrome pur ou d'un fibro-myome, ce dernier comprenant dans sa composition des fibres musculaires lisses comme dans l'observation de Trélat.

Symptômes. — Pour ce qui a trait aux fibromes de la région scrotale, le premier signe subjectif est une gêne avec sensation de tiraillement. Le cas de Fergusson est peut-être le seul où le malade fut en proie à des douleurs violentes. Ordinairement peu douloureux, les fibromes ne produisent une gêne fonctionnelle que lorsque la tumeur atteint un volume considérable. Signalons la difficulté du coït.

La vue montre d'un côté des bourses une tumeur d'un volume variable qui ne présente jamais d'adhérence à la peau, ni d'adénopathie inguinale. La tuméfaction sans bosselures est sillonnée d'un réseau de veines superficielles, turgescents et volumineuses. Enfin elle n'est pas translucide.

La palpation permettra de sentir une tuméfaction lisse, très dure, presque ligneuse, qui ordinairement ne saurait se confondre avec la mollesse du lipome ou la fluctuation du kyste. Cependant dans quelques cas, il y a une fausse sensation de fluctuation qu'une ponction exploratrice aurait permis de juger. Quand la tumeur est petite et ne remonte pas vers le canal inguinal, on peut sentir nettement les éléments du cordon pénétrant dans la tumeur. Le testicule est au-dessus du néoplasme dont il est séparé.

La marche du fibrome du cordon est toujours lente; la présence de ce néoplasme n'entraîne aucun trouble dans l'état général du malade.

Si le fibrome a pour siège primitif le canal inguinal comme dans l'observation de Bruneau et Condo, la tumeur simulera d'abord une pointe de hernie sous l'influence de l'effort ou de la toux, elle viendra buter contre le doigt et faire saillie à l'extérieur. Plus tard, la tumeur marchant de haut en bas deviendra inguino-scrotale. Sur les huit observations de fibromes du cordon publiées, seule la tumeur publiée par Bruneau et Condo a débuté dans le canal inguinal, toutes les autres ont eu un début scrotal.

Diagnostic. — Le diagnostic de la maladie qui nous occupe est fort difficile. Il faudra d'abord se rendre compte si l'on a affaire à une affection du cordon ou à une maladie des organes voisins : tumeur du testicule, hématocele, hernie. Il faut ensuite déterminer si la tumeur du cordon est maligne ou bénigne. Ces questions de diagnostic ont été traitées à propos du lipome. Nous ne saurions nous répéter, aussi n'insisterons-nous pas sur ce point. Selon Bruneau et Condo, lorsque le fibrome du cordon a une origine inguinale et que la tumeur sort par l'orifice antérieur du canal inguinal, le diagnostic avec la hernie est impossible à faire. Ce n'est qu'à une époque ultérieure de l'évolution du néoplasme que l'on peut penser à une tumeur bénigne du cordon spermatique. Ce cas s'est produit dans l'observation de Bruneau et Condo. M. le Dr Pluyette pensa que la tumeur n'était point une hernie mais un néoplasme bénin du cordon.

Le diagnostic entre les diverses tumeurs bénignes du cordon est plus difficile encore que les précédents, les kystes se reconnaîtront à la fluctuation, au résultat fourni par la ponction exploratrice. Le lipome, de consistance plus molle, est ordinairement lobulé, il s'étale plus facilement, il présente dans certains cas des points alternativement rétrécis et dilatés formant de véritables capelets. Le diagnostic du fibrome avec ces diverses tumeurs bénignes, pour difficile qu'il soit, est cependant faisable. Il n'en est pas de même pour le fibromyxome que seul l'examen microscopique permet de distinguer du fibrome. En effet, dans ces deux affections, tous les symptômes sont communs et également benins et peut-être pourrait-on, au point de vue symptomatique, les étudier ensemble.

Pronostic. — Les fibromes du cordon sont des tumeurs bénignes, opérées elles ne récidivent pas. Nous devons cependant signaler une exception. Il s'agit du fait rapporté par Fergusson ; mais nous ferons remarquer que l'examen microscopique n'avait pas été fait et qu'il n'est pas impossible que la tumeur fût un sarcome. Peut-être faudrait-il admettre, et cela est vraisemblable, que le fibrome avait dégénéré en tumeur maligne.

Traitement. — Le fibrome du cordon devra être opéré non seulement à cause de la douleur et des troubles fonctionnels mais encore à cause de la transformation possible en tumeur maligne. On a discuté en 1854 à la Société de chirurgie pour savoir si Lenoir devait conserver la glande génitale. Nous croyons que la seule opération à faire est la castration ; c'est la seule qui ait été faite, sauf dans la première des deux opérations subies par le malade de Fergusson ; dans ce cas, d'ailleurs, la tumeur récidiva, sauf aussi dans le cas de Monod où le néoplasme a pu être séparé par dissection. L'anatomie pathologique nous montre que presque toujours la tumeur est adhérente aux éléments du cordon et les dissocie, de telle sorte que toute dissection devient impossible pour peu que la tumeur ait un volume appréciable. L'opération ne présentera plus la même gravité qu'autrefois. L'antiseptie et l'asepsie permettront d'éviter ces gangrènes et ce tétanos qui ont amené la mort de deux opérés.

DEUXIÈME PARTIE

Tumeurs malignes.

Sous le nom de tumeurs malignes, nous allons étudier deux classes de néoplasmes. Les premiers sont d'origine connective, sarcomes et fibro sarcomes, et font partie de la série des néoplasmes développés aux dépens des formes les plus simples des tissus conjonctifs et vasculo-conjonctifs. Ces tumeurs sont peut-être celles qui sont le mieux étudiées dans des travaux récents. Les thèses d'Alambert-Goget et de Sarrazin contiennent des observations précises avec examen histologique de sarcomes et de fibro-sarcomes. Aussi ne mentionnerons-nous que les quelques cas très rares que nous avons pu glaner dans la littérature française depuis l'apparition de ces dernières études.

Les dernières observations parmi lesquelles se classe notre observation ont trait à des tumeurs mixtes ou plutôt intermédiaires, dans la composition desquelles entrent plusieurs tissus. Ces tumeurs présentent les mêmes symptômes, sont justiciables du même traitement et ne présentent de particularités remarquables qu'au point de vue histologique.

Doit-on admettre dans la série des tumeurs malignes du cordon la variété de carcinome? Nous ne possédons aucune observation probante à cet égard. Voutrin, cependant, admet que le carcinome peut se développer sur l'épithélium des vestiges du corps de Wolf. Certains auteurs ont prétendu que le carcinome serait le résultat d'une propagation secondaire, mais le carcinome est encore une curiosité chirurgicale.

OBSERVATION I

D^r LAMARQUE, interne des hôpitaux, *Journal de médecine de Bordeaux*, 1888.

Sarcome du cordon spermatique. Extirpation.

V... (Germain), 34 ans, cultivateur, entre le 12 novembre 1887, à l'hôpital Saint-André, salle 18, lit 13, porteur, au niveau de l'anneau inguinal gauche, d'une petite tumeur se montrant dans la station verticale et les efforts de la toux et disparaissant dans le décubitus dorsal.

Les interrogations faites à cet homme nous apprennent que, vers l'âge de 15 ans, il s'aperçut qu'il avait au même endroit une grosseur de forme allongée qui dura quelques mois et disparut. Des questions plus précises sont rendues impossibles par l'intelligence obtuse de cet homme et il reste à se demander si réellement cette grosseur siégeait au niveau de l'anneau ou si ce n'était pas simplement une adénite vulgaire.

Quoi qu'il en soit, cette tumeur une fois disparue, rien à signaler jusqu'au mois de mars 1887, c'est-à-dire six mois environ avant la date d'entrée.

Notons en passant dans les antécédents une pneumonie, un coup de corne de bœuf, il y a deux ans, dans le scrotum qui fut divisé et les testicules mis à nu. Pas d'alcoolisme. Pas de maladie vénérienne. Au mois de mars 1887, cet homme constate au niveau de l'orifice externe du canal inguinal une grosseur, une sorte de boule qui fait saillie quand il est debout et qui rend son travail de plus en plus pénible. Le moindre effort occasionne des douleurs très intenses. Un médecin consulté à cette époque diagnostiqua une pointe de hernie et ordonna un bandage que le malade ne put supporter. Jamais de coliques. Pas de constipation. Etat général excellent.

Quand on examine la région le malade étant au lit, on ne constate rien d'anormal, mais lorsqu'appliquant la main sur l'anneau on le fait tousser, on sent une petite masse ovoïde qui vient butter sous le doigt. Lorsque le malade est debout, la tumeur fait saillie et si alors on le fait tousser il est possible de la saisir entre les doigts. On cons-

tate alors qu'elle est ovoïde, dure. La sensation fournie est celle d'un testicule atrophié en ectopie. Le diagnostic de hernie intestinale ou épiploïque est écarté et les deux testicules se trouvant dans les bourses, on pense à un kyste du cordon.

Le malade voulant à tout prix être débarrassé de cette tumeur qui lui rend la vie intolérable, l'opération est pratiquée le 21 novembre par M. le professeur Demons.

On fait une incision oblique qui est parallèle à l'arcade crurale et longue de 5 centimètres. Après dissection des couches superficielles, on arrive sur le cordon et adhérent aux enveloppes et située au milieu du groupe antérieur des veines spermatiques disséminées autour d'elle, on trouve une tumeur solide de la grosseur et de la forme d'un œuf de pigeon. Cette tumeur est contenue dans une sorte de sac présentant un fin diverticule remontant dans le canal inguinal et se terminant en cul-de-sac, à 6 ou 7 millimètres. Pas de communication avec le péritoine. L'anneau est à peine élargi. Deux ligatures seulement. Suture de la plaie. Drain. La guérison est des plus simples. La cicatrisation est complète le 30 novembre et le malade sort le 2 décembre.

Examen de la tumeur. — La tumeur sectionnée présente l'apparence d'un sarcome. Sa coupe est ocreuse et on y constate de petites suffusions sanguines. L'examen histologique montre qu'il s'agit bien d'un sarcome fasciculé avec corps piriformes, vaisseaux embryonnaires. On rencontre de nombreux globules sanguins que faisaient prévoir les ecchymoses signalées à la coupe.

L'erreur de diagnostic était facilitée par ce fait curieux d'allée et de venue de la tumeur se dissimulant dans le canal ou en sortant suivant la position du malade.

OBSERVATION II

M. J. PANTALONI (de Marseille), *Archives provinciales de chirurgie*, X, 1901.

Un cas de fibro-sarcome du cordon.

Le nommé B. L..., 49 ans, est adressé au docteur Pantaloni, par le docteur Coulonne.

Antécédents. — Ce malade n'accuse dans ses antécédents rien qui mérite vraiment d'être noté. La tumeur pour laquelle il vient nous consulter a *débuté il y a dix-sept ans*, c'est-à-dire à l'âge de 32 ans, par une petite grosseur qui avait, lorsqu'il s'en est aperçu, à peu près le volume d'une bille. Elle a augmenté peu à peu sans causer aucune gêne, ni souffrance. En l'espace de douze ans, elle a acquis le volume du poing et comme le porteur n'en était nullement incommodé il ne s'en souciait guère, mais tout à coup elle s'est mise à grossir rapidement et a fini par atteindre *en trois ans* le volume d'une tête d'adulte. Ne pouvant plus cacher pareille infirmité, ni la dissimuler dans le pantalon, il se décida à consulter le docteur.

A l'examen, la masse présente l'aspect d'une énorme hernie, descendant à mi-cuisse en forme de courge, à surface sillonnée par de grosses veines, appendue à tout le trajet du canal inguinal par un pédicule large de huit bons travers de doigt, épais de quatre, sa consistance est ferme et élastique, sa surface irrégulière et bosselée. Le testicule est caché derrière et au-dessous, indépendant d'elle, normal de forme et de volume. Aucun ganglion appréciable à l'œil ou au doigt dans toute la région inguinale.

Lorsqu'on fait coucher le malade et qu'on lui ordonne de s'asseoir pour faire contracter les muscles abdominaux, on sent très bien que le pédicule de la tumeur se perd dans le canal inguinal, et si l'on cherche à introduire le doigt dans son orifice inférieur, le doigt se trouve arrêté par la masse néoplasique.

La fosse iliaque est absolument libre, libre aussi est tout le triangle de Scarpa.

Il s'agissait en somme d'une tumeur du cordon, et appliquant à son évolution les lois qui régissent les tumeurs mixtes de la parotide dont le premier stade très long est suivi généralement d'un second stade à développement rapide, nous en concluâmes qu'il s'agissait d'un fibro myxo-sarcome.

Opération. — L'opération eut lieu le 12 février 1900. Une incision elliptique circonscrivant le pédicule fut menée du pubis à l'épine iliaque, et de la peau à la tunique fibreuse commune épaissie, formant une véritable enveloppe.

Celle-ci fut ouverte de bout en bout ainsi que le canal inguinal. Le

cordon fut reconnu indépendant à la partie supérieure du pédicule et adhérent à ce dernier sans le pénétrer. Aussi fut-il aisé de le disséquer, de le récliner en haut et de le conserver intact ainsi que le testicule. Le canal inguinal fut débarrassé de tout tissu néoplasique, puis refait comme dans une cure radicale de hernie, et la plaie cutanée fut fermée comme à l'ordinaire avec drainage au point déclive. Au bout de quinze jours le malade reprenait ses occupations.

Revu au bout d'un an, le malade ne présente aucune trace de récidive.

Examen des pièces enlevées. — La tumeur, du volume d'une tête d'adulte, présente à la coupe l'aspect d'un fibrome utérin. Certains points sont très durs, presque crétacés, d'autres mollasses. La surface est sillonnée par de grosses veines. Elle paraît incluse dans une coque fibreuse formant enveloppe partout continue.

L'examen histologique a été fait par M. le Dr Letulle. — La plus grande partie du tissu constituant la tumeur est formée de fibrilles connectives onduleuses, denses et serrées. Dans les intervalles et interstices interfasciculaires, de nombreuses cellules polymorphes, munies de noyaux irréguliers s'entassent surtout abondantes autour des canaux vasculaires. Nulle part on ne trouve trace de tissus réticulés, non plus que de faisceaux musculaires lisses. Le canal déférent n'était pas compris dans la portion de tumeur à nous confiée. Le diagnostic très affirmatif est : Fibro-sarcome.

OBSERVATION III

M. SAVARIAUD, Société anatomique, juin 1906.

Volumineux fibro-sarcome du cordon spermatique.

Cette tumeur développée dans l'espace de douze ou quinze mois sur un individu âgé de soixante-deux ans, avait le volume d'un poing d'adulte. Elle était nettement indépendante du testicule qui était lui-même masqué par une hydrocèle de faible volume. La tumeur était ovoïde, du volume d'un poing d'adulte, à grand axe parallèle au cordon. Les éléments de ce dernier se perdaient dans la tumeur. La consistance de celle-ci était pseudo-fluctuante par endroits et très

duré dans d'autres. A la coupe, elle était de coloration gris-rosé avec des foyers ocreux. L'examen microscopique d'un fragment, pratiqué par M. le professeur Cornil, a montré qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome, avec prédominance de l'élément fibreux.

Observations de tumeurs mixtes.

OBSERVATION I

PEPPER, *Medical Times*, 1885. Soc. méd. de Londres, 20 janvier 1886.

Myxo-sarcome du cordon spermatique.

M. Pepper montre cette pièce enlevée à un malade de 75 ans. La tumeur datait de dix-huit mois, était encapsulée et pesait une livre. Deux ou trois kystes faisaient saillie sur la tumeur dont la face antérieure présentait une échancrure profonde dans laquelle passait le cordon. Le testicule et le canal déférent étaient libres de tout dépôt secondaire. La surface de section avait l'apparence d'une gelée tremblotante.

Au microscope, il y avait beaucoup de tissu muqueux avec une substance fondamentale claire, traversée par des fibres de tissu conjonctif et parsemée de cellules rondes, ovales, angulaires et rameuses. L'auteur range cette tumeur, comme affinité de structure, parmi les sarcomes et la compare à plusieurs cas publiés de tumeurs connectives développées dans le cordon spermatique.

OBSERVATION II

WALSHAM, Pathological Soc. of London. *The Lancet*, 1880, I, p. 333.

Sarcomes of spermatic cordon.

M. Walsham présente une tumeur enlevée par M. Anderson (de Nottingham) chez un enfant de 13 mois, visible depuis six mois. Elle présentait le volume d'une grosse orange, circonscrite, très mobile; elle adhérait au cordon.

On l'a extirpé avec le testicule adhérent à elle, le cordon était adhérent lui-même à la tumeur en arrière. La guérison de cet enfant a été rapide. La tumeur était composée en grande partie de tissu muqueux, d'éléments globuleux et fusiformes du sarcome et par place de stroma réticulé.

M. Walsham ajoute, en présentant cette pièce, que ces tissus morbides engendrés par le cordon sont rares. Il y a seulement trois cas de ce genre dans le musée de Hunter, et Curling en cite trois dont l'un fut opéré par Spence. On en a vu un autre à la Société de pathologie. C'était un sarcome qui se développa à la suite d'une tumeur graisseuse.

Pour lui, la tumeur en question a pris naissance non pas dans le canal, ni aux dépens du canal de Girardès ou de tout autre organe d'origine fœtale, mais dans le tissu cellulaire du cordon.

Selon l'opinion de plusieurs auteurs et d'après l'avis de Pantaloni, on doit plutôt ranger cette tumeur, grosse comme une orange, dans le groupe des tumeurs mixtes.

OBSERVATION III

D^r KAREWSKI, *Bulletin médical*, 1893, p. 619, Société médicale de Berlin.

Tumeur mixte du cordon. Castration.

M. Karewski présente en parfaite santé un homme de 57 ans auquel il a enlevé une tumeur énorme du cordon, tumeur qui a été également mise sous les yeux de la Société.

La tumeur avait déjà été remarquée depuis longtemps par le malade, mais depuis quatre ans, elle avait pris un développement si colossal qu'elle descendait jusqu'aux genoux. Son poids était tel qu'elle empêchait la marche et que le malade était obligé de la suspendre à son cou; s'il voulait s'asseoir, il était obligé de poser d'abord sur le sol sa tumeur dont le poids le tirait à bas de sa chaise.

Le néoplasme occupait l'une des bourses tout entière à droite, le testicule était normal; à gauche, on sentait seulement le cordon gros trois fois comme le pouce. La consistance de la tumeur était solide ou fluctuante selon les points.

Bien entendu, un diagnostic précis n'était pas possible. Comme le malade avait un bec de lièvre et qu'il était fortement déprimé, M. Karewski pensa qu'il s'agissait d'un tératome et conclut à l'opération en se basant sur ce diagnostic.

L'opération fut facile et rapide. Il n'est pas besoin de dire que non seulement on enleva la tumeur, mais aussi une grande partie des téguments du scrotum qu'on n'aurait su comment utiliser, on ne conserva juste que ce qu'il fallait pour faire un scrotum convenable. Les suites de l'opération furent très bonnes.

Examen de la tumeur. — Après son ablation, la tumeur ressemblait à un volumineux myome utérin. Elle pesait tout près de 10 kilos. Sa partie centrale était constituée par une masse d'un gris rougeâtre farcie de kystes de ramollissement. C'était une tumeur mixte composée d'un fibro-myxosarcome mélangé de lipome. C'était une tumeur du cordon.

OBSERVATION IV

DUPLOUX, Session de Marseille pour l'avancement des sciences.

Lipo-myxosarcome du cordon.

Cette tumeur, grosse comme une tête d'adulte, développée dans l'enveloppe fibreuse commune du cordon gauche et ayant envahi de haut en bas la loge correspondante du scrotum, datait d'environ quatre ans.

Elle n'était pas transparente et donnait au palper une sensation pâteuse dans sa partie interne. En arrière, on sentait une masse ovoïde du volume d'un gros abricot, très dure, douloureuse à la pression qui nous parut être un testicule néoplasique sarcomateux ou carcinomateux.

L'extirpation de la tumeur montre qu'elle était constituée par deux masses distinctes : la première, formée par un noyau sarcomateux entouré d'une gangue lipomateuse ; la seconde, beaucoup plus volumineuse, entièrement lipomateuse. Le testicule, absolument sain comme le canal déférent, était logé entre les deux masses néoplasiques.

Il s'agissait par conséquent d'une tumeur mixte sarco-myxome et lipome développée primitivement dans le cordon.

OBSERVATION V et VI

Dr PAJOT, Société de Chirurgie, Paris, 29 janvier 1902.

Tumeur du cordon.

M. Peyrot présente une tumeur du cordon qu'il a enlevée le matin même. Elle pèse un peu plus de 600 grammes. Son aspect homogène blanchâtre, sa consistance un peu molle, comme œdémateuse, font penser à un myxo-sarcome. L'éminent chirurgien a tenu à montrer cette pièce fraîche, ces néoplasmes étant en somme assez rares. A la tumeur se trouvait surajoutée une assez volumineuse hydrocèle; on avait porté le diagnostic de tumeur du cordon, mais M. Peyrot préféra pratiquer la castration avec ablation en bloc de la tumeur et de l'hydrocèle plutôt que de chercher à faire une simple énucléation du néoplasme.

M. Quénu dit avoir opéré quinze mois auparavant un homme de 50 ans, qui avait une tumeur multilobée du cordon prise tout d'abord pour une épiplocèle. Elle se prolongeait dans le ventre et le chirurgien dut en poursuivre la dissection jusque dans le canal inguinal et dans la fosse iliaque sous le péritoine et même fut contraint d'y abandonner quelques masses.

OBSERVATION VII

FAISANT, *Lyon médical*, 1905, CV, 378-80.

Tératome du cordon.

Louis D..., 67 ans. Entré le 30 mai, salle Saint-Louis, n° 7, Hôtel-Dieu. Le malade fait remonter l'affection actuelle à l'âge de 10 ans. Elle débuta par une petite masse assez douloureuse au toucher, voisine plutôt du testicule gauche, et dont il attribuait l'apparition à un coup de pied reçu sur ce testicule.

Le volume resta le même pendant trente-deux ans.

A l'âge de 42 ans, le malade, s'étant contusionné le testicule en montant à cheval, éprouva une douleur vive au niveau de la tumeur

qui augmenta lentement de volume. Dix ans plus tard, en 1890, elle atteignait la grosseur d'un œuf d'oie. A cette époque, pas de douleurs.

Deux médecins diagnostiquèrent, l'un l'*orchite*, l'autre un *kyste*. Ce dernier fit une ponction qui donna un liquide incolore. Le même médecin fit quatre ans plus tard une nouvelle ponction suivie d'injection iodée. La réaction locale à l'iode fut vive et exigea deux mois de repos. En 1904, le malade fut soigné pour des troubles prostatiques, par M. Pollosson. Celui-ci eut l'attention attirée par la tumeur, mais la jugeant bénigne, puisqu'en cinquante-six ans elle n'avait que faiblement augmenté de volume, il ne conseilla pas d'opération. Mais en moins d'un an, sans motif apparent, la tumeur prit un développement considérable et rapide avec douleurs à l'hypogastre et à la vessie. La santé du sujet a toujours été excellente. C'est un homme robuste, de grande taille, qui a servi dans les cent-gardes. A son entrée, tumeur énorme remplissant le scrotum qui descend plus bas qu'à mi-cuisse, verge avalée. Le malade n'urine que très difficilement. D'ailleurs il est prostatique, consistance variable, pâteuse en un point, fluctuante ailleurs, avec, sur la face latérale gauche, une plaque nettement dure qu'on serait tenté de prendre pour du tissu osseux.

Les deux testicules sont faciles à trouver, rejetés qu'ils sont de part et d'autre de la tumeur. Ils sont mobiles et gardent leur souplesse ainsi que leur sensibilité spéciale au contact.

Pas d'adénopathie.

On diagnostique : Tumeur mixte de la région scrotale indépendante des testicules. Le 5 juin, opération. M. Tissier enlève la tumeur. Les connexions intimes de sa face latérale droite avec le cordon du même côté obligent à enlever le testicule droit. A droite également, la tumeur remonte dans la direction du canal inguinal dont elle atteint même l'orifice externe par une sorte de pédicule qui est disséqué et sectionné. A gauche, la tumeur est beaucoup plus libre et on laisse le testicule. Mais c'est surtout au niveau du raphé que les éléments de la tumeur sont le plus solidement unis à ceux du tissu voisin. La tumeur pèse 2.080 grammes. Elle présente à la coupe plusieurs aspects différents rappelant à l'œil nu les tumeurs conjonctives. Elle semble contenir du cartilage au niveau de la masse dure sentie à

gauche. Ces détails semblent justifier, en l'attente d'un examen histologique, le diagnostic de *tumeur mixte*.

D'après M. Tixier, les différents tissus qui paraissent à la coupe macroscopique font admettre une *tumeur mixte* rappelant celle qui se développe fréquemment au *niveau de la parotide*. Mais celle-ci n'était pas en rapport avec la glande testiculaire comme on aurait pu le supposer. Voici le testicule avec son pédicule vasculaire, il ne fait pas partie de la tumeur. Le néoplasme s'était développé aux dépens des éléments du cordon à l'endroit précis où le cordon sort du canal inguinal, c'est là que l'opérateur a dû sectionner son pédicule.

D'après la théorie de M. Bard, une tumeur maligne ne doit contenir qu'un seul genre de cellules.

On verra si l'examen histologique confirme une fois de plus cette loi mise en avant par M. Bard.

L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un myxo-sarcome. On s'attendait à une récurrence. Il n'en fut rien. L'opéré, quelque temps après, se portait fort bien. Le pronostic de ces tumeurs n'est donc pas nettement défavorable.

OBSERVATION VIII (inédite)

Recueillie dans le service de M. le Dr RIVET, chirurgien des hôpitaux de Nantes.

Le nommé G... (Louis), âgé de 55 ans, concierge, entre dans le service du docteur Rivet, chirurgien des hôpitaux, salle 12, le 4 février 1907.

Antécédents héréditaires. — Le malade ne présente rien de suspect dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Le malade, pendant sa jeunesse, a joui d'une bonne santé. L'année précédente, toutefois, il a été retenu alité à l'hôpital, salle 8, d'avril en août, atteint de pleurésie, affection qui a nécessité une ponction trois fois consécutives.

Le malade était porteur d'une petite hernie à droite.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, cet homme présente une tumeur scrotales, piriforme, du volume d'une mandarine. L'extrémité supérieure, de moindre volume; se dirige vers l'anneau inguinal; ce dernier,

néanmoins, ne subit aucune obstruction. Toute confusion avec une hernie nous semble impossible. Le malade déclare, du reste, que la tumeur s'est développée par en bas ou du moins très près du testicule. L'aspect extérieur du néoplasme rappelle celui d'une hydrocèle. La peau, souple et normale, n'est sillonnée d'aucune varicosité. Les tuniques des bourses sont indemnes et la tumeur ne présente aucune adhérence avec les plans sous-jacents.

G... raconte que le début de la tumeur remonte à un an environ. La progression en fut d'abord lente, puis elle prit sans cause déterminante connue un accroissement relativement rapide ces trois derniers mois.

Si l'on examine attentivement la tuméfaction, on constate qu'elle est composée de deux portions distinctes. Le pôle supérieur a une consistance partout très ferme, presque ligneuse. Quant au pôle inférieur, si l'on y augmente la tension, on y trouve une sensation de rénitence. Nulle part on ne constate de transparence; la douleur à la pression fait défaut.

Quel diagnostic s'impose? Le médecin qui nous avait envoyé le malade, influencé sans doute au souvenir de la pleurésie récente de son client, avait étiqueté l'affection : « tuberculose testiculaire ».

Ce diagnostic, de prime abord, est écarté, et nous restons en présence de trois hypothèses.

Avons-nous affaire à une hydrocèle? L'absence de transparence, l'irrégularité de consistance des divers points, nous font écarter cette supposition.

Sommes-nous en présence d'un néoplasme du testicule? Le premier stade, assez long, de la tumeur, suivi d'un second stade à développement rapide, autoriserait cette hypothèse. Nous verrons cependant que le testicule est indépendant de la tuméfaction.

S'agit-il d'une hématocele? C'est possible. L'évolution rapide de la tumeur dès l'instant où la vaginale s'hypertrophiait après avoir subi un traumatisme nous arrête à ce diagnostic, non sans une certaine réserve.

Intervention. — Après anesthésie chloroformique, une incision verticale pratiquée sur la face antérieure du scrotum nous montre la tumeur avec ses deux portions constituantes. La partie inférieure,

celle qui présentait une sensation de fluctuation, correspond au testicule sain, enfermé dans une vaginale, siège d'une hydrocèle peu tendue.

Au-dessus de la vaginale, le testicule est coiffé à sa partie supérieure par une tumeur du volume d'une petite orange; néanmoins, la séparation du testicule avec la tumeur est très nette.

La tumeur, dont la consistance est dure, presque ligneuse, s'est développée dans le cordon aux dépens de ses éléments à l'intérieur de la gaine fibro-celluleuse. Tous les éléments sont dissociés et éparpillés autour du néoplasme; il est absolument impossible de les différencier, force est d'extirper la tumeur en bloc.

La néoplasie, dure, ferme, crie à la coupe. Elle a l'aspect d'un fibrome utérin, de tissu blanc nacré, fibroïde, avec une légère capsule d'enveloppe.

Suites : Les suites furent simples. Le malade sort complètement guéri et en état de reprendre ses occupations.

Revu ces temps derniers, l'opéré reste bien portant et ne porte aucune trace de récidive. La fosse iliaque est absolument libre de ganglions, libre aussi est tout le triangle inguinal.

Examen histologique dû à l'obligeance du D^r Villard. — La tumeur, examinée à un faible grossissement (oc. 1, ob. 2, Véric), paraît constituée par une trame lâche prenant peu les colorants et parsemée par un grand nombre de cellules de formes et de dimensions très différentes.

Relativement peu vascularisée, elle offre des vaisseaux à parois généralement épaissies.

L'aspect de la tumeur est à peu près homogène. Examinée à des plus forts grossissements, on constate que cette tumeur présente des caractéristiques assez spéciales.

Trame : Elle est formée par des faisceaux de fibrilles plus ou moins dissociés, quelquefois parallèles, le plus souvent entrecroisés et limitant de nombreuses alvéoles de très petites dimensions. Les fibrilles qui constituent les faisceaux sont souvent très distinctes et complètement isolées, assez bien colorées par l'éosine; elles sont pâles et décolorées dans les préparations au picro-hématéine et au picro-carmin. Dans les alvéoles limitées par la trame, on ne voit

aucun élément, sauf, en de rares endroits, des granulations fines légèrement jaunâtres.

Cellules : Les cellules sont abondantes dans la tumeur. Elles diffèrent beaucoup par leurs formes et leurs dimensions. Les unes offraient l'aspect de cellules fixes du tissu conjonctif; leur noyau, fusiforme ou rond suivant que la coupe a passé en long ou en travers, prend bien les colorants et offre un nucléole très net; leur protoplasma se termine en pointe à leurs deux extrémités; elles sont accolées aux faisceaux fibreux.

D'autres cellules, celles-ci généralement très volumineuses, rondes ou fusiformes, parsèment les préparations et sont placées à intervalles presque réguliers. Quelques-unes sont simples et n'offrent qu'un seul noyau très volumineux, bourré de granulations foncées (*Fig. I, bb*), les autres sont groupées en un petit amas de 2, 3, 5 éléments et plus. Les noyaux, dans ces cas, n'ont pas de protoplasma particulier; ils sont disposés circulairement autour d'une masse protoplasmique peu nette, parfois amorphe et simulent ainsi, d'une façon frappante, les cellules géantes tuberculeuses (*Fig. II, aa*).

Les noyaux sont fortement granuleux, tantôt arrondis, tantôt aplatis par pression réciproque sur les faces en contact. Ces cellules subissent quelquefois un commencement de dégénérescence muqueuse; dans ce cas, le noyau est infiltré ou même vacuolaire, quelquefois aussi ces cellules sont entourées d'une véritable gaine de tissu réticulé.

Vaisseaux. — Il est difficile de distinguer les veines des artères. Leurs parois sont le plus souvent très épaissies, on ne distingue pas de tunique élastique; leur tunique interne est formée de petites cellules allongées, disséminées sans ordre. L'endothélium est peu net. Les vaisseaux sont remplis de globules sanguins, sans altération. Leurs dimensions sont très variables, les uns sont de grandes dimensions et aplatis, les autres réduits à l'état de véritables capillaires. On aperçoit quelques lymphatiques. On ne trouve rien qui rappelle un élément nerveux. A noter aussi l'absence absolue de cellules musculaires lisses ou striées.

Il s'agit donc ici d'un myxo-sarcome et notre tumeur peut être classée parmi les tumeurs dites mixtes ou plutôt intermédiaires.

Sarcomes et tumeurs mixtes.

Le sarcome du cordon spermatique est une affection très rare. Nous en avons trouvé onze cas dans la littérature médicale, dont huit étudiés avec ampleur dans la thèse de Deroyer. Le sarcome ne se rencontre presque jamais à l'état pur. L'organisation de ces tumeurs est beaucoup moins régulière que celle des fibromes et des lipomes. Les sarcomes peuvent contenir des parties réellement fibreuses, et il peut y avoir une évolution naturelle des tissus sarcomateux vers cette organisation plus stable. Ailleurs de larges bandes de tissu muqueux s'intercaleront à des faisceaux de sarcomes à cellules fusiformes. Enfin les éléments du sarcome peuvent entrer dans la composition des tumeurs les plus complexes dont l'évolution reste énigmatique, car elle ne paraît correspondre à aucun plan d'organisation. Les tumeurs à tissus multiples se rencontrent aussi très rarement d'ailleurs. Notre observation rentre dans cette catégorie.

Étiologie. — Si l'existence des sarcomes et des tumeurs mixtes est rare, on ne saurait cependant la nier, car nous possédons des observations complétées par l'examen microscopique. Le sarcome et le myxo-sarcome du cordon sont des cancers, et, comme pour tous les cancers, la cause de leur développement nous échappe. La position sociale, la profession des malades ne doivent pas entrer en ligne de compte, pas plus que les antécédents pathologiques, tant héréditaires que personnels. Les quelques notions intéressantes sont tirées de l'âge et du traumatisme.

Pour ce qui est de l'âge, c'est à partir de quarante ans que les malades paient le plus lourd tribut à cette affection. Mais les enfants ni les adultes n'en sont exempts, ainsi que l'on peut s'en rendre compte d'après l'âge de certains opérés : 5 mois, 13 mois, 7 ans, 13 ans, 19 et 24 ans.

Le côté atteint ne présente pas un grand intérêt et nous trouvons que l'affection affecte une certaine prédominance à gauche.

Pathogénie. — Les néoplasmes qui nous occupent sont des tumeurs primitives qui ne peuvent provenir que des éléments du cordon spermatique. Il serait intéressant de rapporter ici toutes les hypothèses qui ont été successivement émises pour expliquer la genèse des sarcomes et des tumeurs à tissus multiples. Doit-on accorder confiance à l'hypothèse d'un traumatisme? Peut-être. En tout cas, la contusion n'agirait ici que comme cause adjuvante. Dans aucune des observations de sarcomes et de myxo-sarcomes que nous avons étudiées, nous n'avons pas relevé la notion de traumatisme. Une théorie pathogénique ancienne et longtemps en faveur a été celle qui voyait l'origine de ces tumeurs dans le système lymphatique de la région.

Anatomie pathologique. — Les tumeurs du cordon semblent avoir pour siège de prédilection la partie funiculaire de cet organe. C'est en effet dans le tissu cellulaire juxta-épididymaire qu'elles se développent le plus souvent. On sait en effet avec quelle facilité se sclérose et s'indure ce tissu cellulaire chez les porteurs de vieilles hydrocèles et les convalescents d'épididymites ordinaires. Le volume en est essentiellement variable, suivant les cas et suivant l'ancienneté de la tumeur, pouvant aller de la taille d'une amande à la grosseur d'une tête de fœtus à terme. La forme est difficile à préciser, étant donné que, comme tous les cancers, ces tumeurs envoient des prolongements entre les organes voisins et se moulent sur ceux-ci, qui ne tardent pas à leur adhérer. Le testicule et le cordon sont le plus souvent fusionnés avec la masse néoplasique; le testicule et l'épididyme ne sont quelquefois que refoulés par la masse néoplasique. Le paquet vasculo-nerveux du cordon est très fréquemment envahi et d'une manière très précoce. Les éléments du cordon se perdent et la dissection est impuissante à les retrouver au milieu des tissus néoformés.

Les ganglions sont rarement atteints et la généralisation est une rareté.

Macroscopiquement, ces néoplasmes se présentent sous forme d'une masse solide, bosselée. Deroyer (thèse de 1897), étudiant les différentes tumeurs qui se sont développées aux dépens du

cordon, au point de vue macroscopique, nous dit : « A la coupe, les sarcomes offrent plusieurs aspects; elle est blanchâtre ou rosée, parfois granuleuse (aspect de frai de poisson, de chair de lapin); si la tumeur a subi une évolution fibreuse, l'aspect est blanc nacré et d'apparence lamineuse ».

A ce point de vue, notre tumeur rappelle assez bien à la coupe l'aspect chair de lapin du sarcome, ainsi qu'une consistance rénitente.

Les myxomes, dit Deroyer, donnent assez bien l'idée d'une gelée ou de la gélatine; ce n'est pas du tout l'aspect ni la consistance de notre tumeur.

Dans certains cas, ajoute-t-il, il y a prolifération du tissu crémastérien, au point d'en imposer pour du myome. Comme nous l'avons déjà dit, il n'y a pas trace de tissu musculaire dans notre cas.

Si nous cherchons à interpréter la coupe de notre tumeur, nous voyons qu'elle se rapproche des tumeurs dites mixtes. Parmi les nombreuses observations relatées par Deroyer, nous en avons trouvé quelques-unes qui se rapprochent de la nôtre sans être absolument superposables. Telle est l'observation : Sarcomes of spermatic cordon (*The Lancet*, 1880, Walsham). « La tumeur était composée en grande partie de tissu muqueux, d'éléments globuleux et fusiformes du sarcome et, par places, de stroma réticulé ». Il lui donne comme origine le tissu cellulaire du cordon, telle l'observation de Gay : structure d'un fibro-myxome, cellules arrondies et fusiformes du sarcome, et l'observation de Pepper classée, comme la précédente, dans la catégorie des tumeurs mixtes (il vaudrait mieux dire intermédiaires) : myxo-sarcome du cordon (Pepper, *Med. Times*, 1885), tissu muqueux abondant avec une substance fondamentale claire traversée par des fibres de tissu conjonctif et parsemée de cellules rondes, ovales, anguleuses et rameuses (poids : 1 livre).

D'après ces observations réunies, il est possible de faire un rapprochement avec la tumeur qui forme le fond de notre thèse.

Cette tumeur doit être classée parmi les tumeurs dénommées mixtes par Deroyer, mais qui sont plus exactement des tumeurs intermédiaires entre le myxome et le sarcome.

Notre tumeur est certainement myxomateuse par sa trame et par les dégénérescences que l'on constate sur certaines cellules, mais ce n'est pas du myxome pur, elle n'avait pas en particulier cette apparence gélatiniforme et tremblotante signalée par Deroyer, elle avait au contraire une trame assez serrée; de plus, aux cellules myxomateuses, cellules généralement aplaties, fusiformes, irrégulières ou rameuses, ont fait place des cellules d'apparence très particulière offrant, quand elles sont isolées, l'aspect de cellules sarcomateuses rondes ou fusiformes, mais revêtant au contraire un aspect absolument spécial à notre tumeur quand les noyaux ont subi une division rapide, division qui n'a pas été accomplie par le protoplasma. Il en résulte alors pour ces cellules un aspect qui simule à s'y méprendre celui des cellules géantes de la granulation tuberculeuse.

Notre conclusion est qu'il s'agit d'une tumeur à trame myxomateuse en voie de dégénérescence sarcomateuse, le point de départ de cette transformation devant être attribué aux cellules fixes de la tumeur initiale. Nulle part, en effet, les parois musculaires ne semblent avoir subi de multiplication cellulaire comme dans le cas de M. Pilliet cité par Deroyer.

Quant aux carcinomes, ils n'ont aucune particularité intéressante, d'ailleurs leur existence au niveau du cordon est niée par beaucoup d'auteurs, aussi n'en parlerons-nous que pour mémoire.

Quant au type kystique, il peut se présenter sous deux aspects différents : *a*) ou bien il s'agit d'une cavité kystique due à la transformation cancéreuse d'un kyste préexistant; *b*) ou bien il s'agit d'un pseudo-kyste dû à la nécrose et au ramollissement central d'une tumeur primitivement solide. Dans le premier cas on est en présence d'une paroi tomenteuse irrégulière, parsemée de végétations papillaires plus ou moins exubérantes, s'enfonçant dans la cavité kystique et envoyant vers la périphérie des tractus épithéliaux qui se ramifient dans la paroi; le contenu est un liquide généralement fluide et séro sanguinolent. Dans le

deuxième cas la paroi du kyste est formée par du tissu cancéreux absolument semblable à celui des tumeurs massives présentant une surface très anfractueuse déchiquetée et de couleur grisâtre, due à une mortification notable du tissu néoplasique, mortification qui s'expliquerait d'après Lapeyre par un processus d'épaississement de la paroi interne des vaisseaux aboutissant à leur oblitération complète; cette cavité renferme un magma crémeux, grumuleux, gris jaunâtre, constitué par un amas de bourbillons nécrosiques (Lapeyre) presque incolores qui se continuent avec la partie la plus interne de la paroi ramollie et désagrégée.

Tous les éléments du cordon peuvent donner naissance aux tumeurs, mais c'est du tissu cellulaire qu'elles tirent le plus souvent leur origine.

Quant aux carcinomes, ils peuvent trouver, pour leur développement, un foyer de prédilection dans les débris embryonnaires, selon la théorie chère à Conheim. Cet auteur admet que toute tumeur se développe aux dépens des cellules embryonnaires inemployées qui, après avoir sommeillé longtemps au milieu des tissus sans servir à rien, se mettent tout à coup à se développer sous l'influence d'une irritation quelconque et donnent naissance à de nouveaux tissus plus ou moins semblables à ceux auxquels elles auraient dû donner naissance si elles s'étaient développées naturellement. Ne pourrait-on pas attribuer également certaines tumeurs du cordon spermatique à la prolifération de résidus embryonnaires qui sont des débris du corps de Wolf?

Symptomatologie. — Peu de tumeurs ont une allure aussi polymorphe que les néoplasmes du cordon; aussi est-il difficile d'en donner une description d'ensemble et doit-on se contenter de condenser les divers symptômes qu'ils peuvent présenter.

Le début est le plus souvent absolument insidieux. Peu à peu, la tumeur a augmenté, est devenue moins mobile, légèrement douloureuse, et le malade, quand il se décide à venir consulter le chirurgien, montre une tumeur grosse comme une tête de fœtus.

Le sarcome et le myxo-sarcome occupent la région funicu-

laire de l'organe, mais peuvent également occuper la région scrotale, inguinale ou pelvienne, présentant des limites variables suivant leur volume qui va de la taille d'une amande à la grosseur d'une courge. Ces tumeurs en évoluant arrivent à produire une saillie très marquée, car leurs éléments s'insinuent entre les organes du cordon et les écartent en les déformant.

La peau est en général non altérée à leur niveau, du moins au début; s'il se produit des ulcérations c'est grâce à la distension énorme que fait subir le néoplasme aux enveloppes du scrotum sillonné d'un réseau superficiel de veines distendues.

La consistance de ces tumeurs est essentiellement variable, tantôt d'une dureté ligneuse, tantôt rénitente et même pseudo-fluctuante, tantôt à la fois dure et molle suivant les points considérés.

La peau est en général mobile et ne prend pas, quand on cherche à la plisser, l'aspect classique de la peau d'orange.

La tumeur, tantôt lisse et régulière, tantôt bosselée, ne tarde pas à envoyer des prolongements dans toutes les directions, à se diffuser dans les éléments du cordon et à englober en quelque sorte les organes voisins, testicule et épидидyme, de sorte que si au début, elle est encore légèrement mobile, elle acquiert dans la suite par ses adhérences une fixité absolue. Les régions avoisinantes sont parfois envahies par propagation de noyaux secondaires dans le foie, dans la rate (cas de Bryant).

Les signes fonctionnels au début sont peu nets et peu importants, la douleur, presque toujours nulle spontanément et à la pression, est remplacée par une sensation de pesanteur et de tiraillement. Monod et Terrillon signalent des irradiations douloureuses dans les lombes et le long de la cuisse. L'état général se maintient longtemps satisfaisant, l'appétit reste longtemps conservé et la cachexie est tardive.

Marche. Durée. Pronostic. — Il faut bien distinguer deux périodes dans l'évolution des sarcomes et tumeurs intermédiaires. En appliquant à ces néoplasmes les lois qui régissent l'évolution des tumeurs mixtes de la parotide, on voit qu'elles débutent par une période de développement latent suivie d'un

second stade particulièrement rapide. La tumeur livrée à elle-même augmente plus ou moins rapidement de volume, peut devenir énorme et atteindre les dimensions d'une tête d'enfant, au point de gêner la marche, d'entraver la miction et le coït.

Pour les malades laissés à leur triste sort, le pronostic est très mauvais, et la mort dans le marasme est la terminaison habituelle de ces tumeurs sur des malades non opérés.

Diagnostic. — Quant à la question de diagnostic, nous ne saurions que répéter ce que nous avons dit au sujet des lipomes et des fibromes. On se trouve parfois en présence d'une tumeur intermédiaire. Tel est le cas cité dans notre observation. Seul l'examen microscopique permet de distinguer un sarcome pur ou fibro-sarcome d'un myxo-sarcome. Quant à la tuberculose isolée du cordon, elle est une rareté. M. Reclus l'aurait observée deux fois. En ce cas ordinairement il existe des lésions concomitantes des organes voisins. Les gommés syphilitiques exceptionnelles, bien que Broca et Verneuil en citent des exemples, seraient décelées par l'épreuve du traitement spécifique.

Traitement. — Nous avons fait remarquer que le sarcome offre dans sa marche une période parfois très longue pendant laquelle la tumeur s'accroît peu et reste probablement bénigne. De là il résulte qu'une intervention précoce et large pourra sauver le malade, tandis que la temporisation pourrait amener une issue fatale. La castration s'impose quand la tumeur est adhérente aux éléments du cordon et les dissocie de telle sorte que toute dissection en devient impossible.

D'une innocuité presque absolue depuis le règne de l'asepsie, cette opération radicale est la seule mesure rationnelle que doit prendre le chirurgien.

CONCLUSIONS

Il existe, au niveau du cordon spermatique, des tumeurs variées, lipomes, myomes, fibromes, sarcomes, myxomes, peut-être des épithéliomes.

Rarement la tumeur est constituée par un tissu unique, très souvent les tissus de la série conjonctive s'unissent deux à deux, fibro-sarcome, myxo-sarcome.

Parmi ces tumeurs, les unes sont de nature bénigne, lipomes et fibromes; les autres de nature maligne, sarcomes et tumeurs intermédiaires.

Les lipomes sont les plus fréquents. Ils se présentent sous trois formes : 1° Lipomes parapéritonéaux, développés aux dépens de la graisse parapéritonéale; 2° lipomes paravaginaux, développés aux dépens de la graisse paravaginale et 3° lipomes intermédiaires développés aux dépens de la graisse en contact avec les débris de la tunique péritonéo-vaginale.

N'ayant au début qu'un rapport de contiguité avec les éléments du cordon, les néoplasmes peuvent, dans la suite, envahir le cordon spermatique et comportent le sacrifice du testicule si on ne pratique hâtivement leur ablation.

Le diagnostic du lipome est parfois difficile avec celui de l'épiplocèle irréductible, plus épineux encore quand il s'agit d'un kyste. Seule une palpation très énergique et, en dernier ressort, la ponction exploratrice pourra fixer le clinicien sur la nature de la tumeur.

Niés autrefois par Mollière, les fibromes, quoique rares, existent cependant. Nous en possédons des observations authentiques dont le diagnostic est contrôlé par l'examen microscopique.

Quant aux myomes, c'est une rareté et l'examen microscopique peut seul différencier le myome du fibrome.

Les tumeurs malignes sont de nature conjonctive. Rarement pures, le plus souvent associées deux par deux, fibro-sarcomes, myxo-sarcomes, quelquefois ces néoplasmes sont formés de plus nombreux tissus de nature diverse, myxo-lipo-sarcomes.

Ces tumeurs se développent avec une prédilection marquée dans la portion juxta-épididymaire du cordon.

Leur diagnostic, très difficile, souvent même impossible, n'est confirmé que par l'examen microscopique.

En appliquant à l'évolution des tumeurs mixtes ou intermédiaires du cordon spermatique, les lois qui régissent l'évolution des tumeurs mixtes de la parotide, on voit qu'il existe deux périodes dans leur histoire, un premier stade de début très long suivi d'un second stade à développement rapide.

Les sarcomes respectent le système lymphatique, d'où le peu de fréquence des récidives après ablation précoce. Ces tumeurs cependant détruisent à la longue les éléments du cordon et englobent dans leur masse le testicule.

Les carcinomes sont une curiosité, il est permis de révoquer leur nature en doute, aucune observation probante ne nous démontrant leur existence dans la région du cordon spermatique.

Peut-être sa grande richesse en vestiges d'organes embryonnaires fait-elle de la région juxta-épididymaire un lieu de prédilection pour le développement des tumeurs intermédiaires.

Le traitement se résume en deux mots : extirpation précoce. Grâce à cette sage mesure, on conservera le testicule et les éléments du cordon au début des tumeurs bénignes; quant aux tumeurs malignes, malgré leur ablation hâtive, on est obligé souvent de sacrifier le testicule et de pratiquer la castration.

VU BON A IMPRIMER :
Le Président de la thèse,
D^r A. POUSSON.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 25 janvier 1908.
Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie.
- MONOD et TERRILLON. — Maladies du testicule et de ses annexes.
- MOLLIÈRE (D.). — Art. *Spermatique* du Dictionnaire Dechambre.
- MAJUNSKI. — *Revue des Sciences médicales*, 1875, p. 690.
- WALSHAM. — *The Lancet*, 1880, I, p. 333 et 647.
- LOUVET. — *Bull. Soc. anatomique*, 1865.
- PEPPER. — *Arch. gén. de médecine*, 1845.
- BROSSARD. — *Arch. gén. de médecine*, 1884.
- ANDERSON (W.). — *The Lancet*, 1893.
- HÉRICOURT. — *Revue de médecine*, 1885.
- LAMARQUE. — *Journ. de médecine de Bordeaux*, janvier 1888.
- CLOQUET. — Thèse de concours, 1819.
- CURLING. — Traité des maladies du testicule, 1857.
- GBENWATSON. — *The Lancet*, 1885.
- HOLMES. — *System of surgery*, 1876.
- BROCA. — *Bull. Soc. anatomique*, 1888.
- DELBET. — *Bull. Soc. anatomique*, 1888.
- CHIPAULT. — *Bull. Soc. anatomique*, 1888.
- SARRAZIN. — Thèse de Paris, 1893.
- ALEMBERT-GOGET. — Thèse de Lyon, 1887.
- DEROYER. — Thèse de Paris, 1897.
- FERGUSSON. — *The Lancet*, 1856.
- TRÉLAT. — *Journ. de chirurgie et de médecine pratiques*, 1880.
- TERRILLON. — Congrès français de chirurgie, 1886, I, p. 582.
- REYNIER. — *Bull. Soc. de chirurgie*, 1893.

- PANTALONI. — *Arch. provinciales de chirurgie*, 1901.
BRUNEAU et CONDO DE SATRIANO. — *Revue de chirurgie*, 1904.
BAUBY. — *Echo médical de Toulouse*, 1902.
FRAIKIN et ROCHER. — *Sciences médicales de Bordeaux*, 1901.
STORI. — *La clinica moderna*, an X, n. 10, p. 109, 1904.
POTHERAT et CHEVRIER. — *Bull. Soc. anatomique*, 1900.
MAUCLAIRE. — *Bull. Soc. anatomique*, 1895.
GABRYSZEWSKI. — *Deutsche Zeitschung für Chirurgie*, XLII, 4.

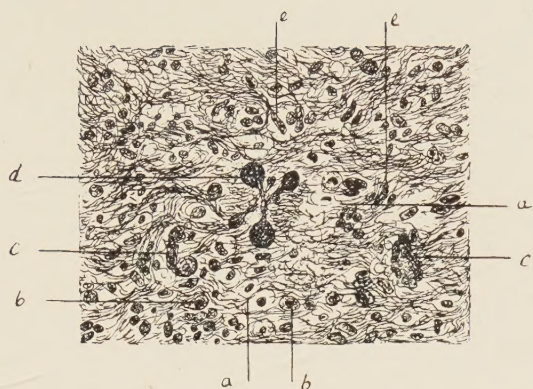


FIG. 1. — ASPECT GÉNÉRAL DE LA TUMEUR. VÉRICK { oc. 1
ob. 6

- a a.* Trame muqueuse.
b b. Grandes cellules à protoplasma granuleux.
c c. Pseudo-cellules géantes.
d. Cellule dont le noyau a subi une dégénérescence particulière.
e e. Cellules fusiformes.

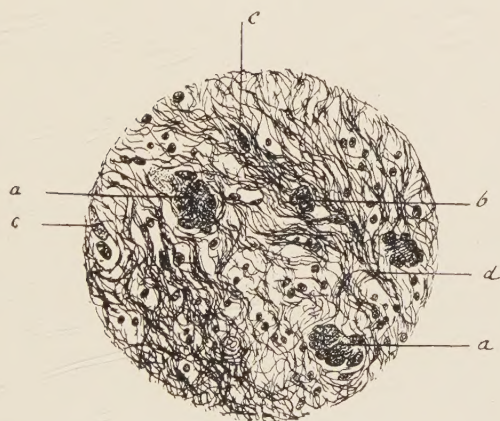


FIG. 2. — UN GROUPE DE PSEUDO-CELLULES GÉANTES (*a a*)

VÉRICK { oc. 1
ob. 6

- b.* Formation d'une de ces cellules.
c. c. Cellules fusiformes.
d. Fibrilles qui composent la trame.

